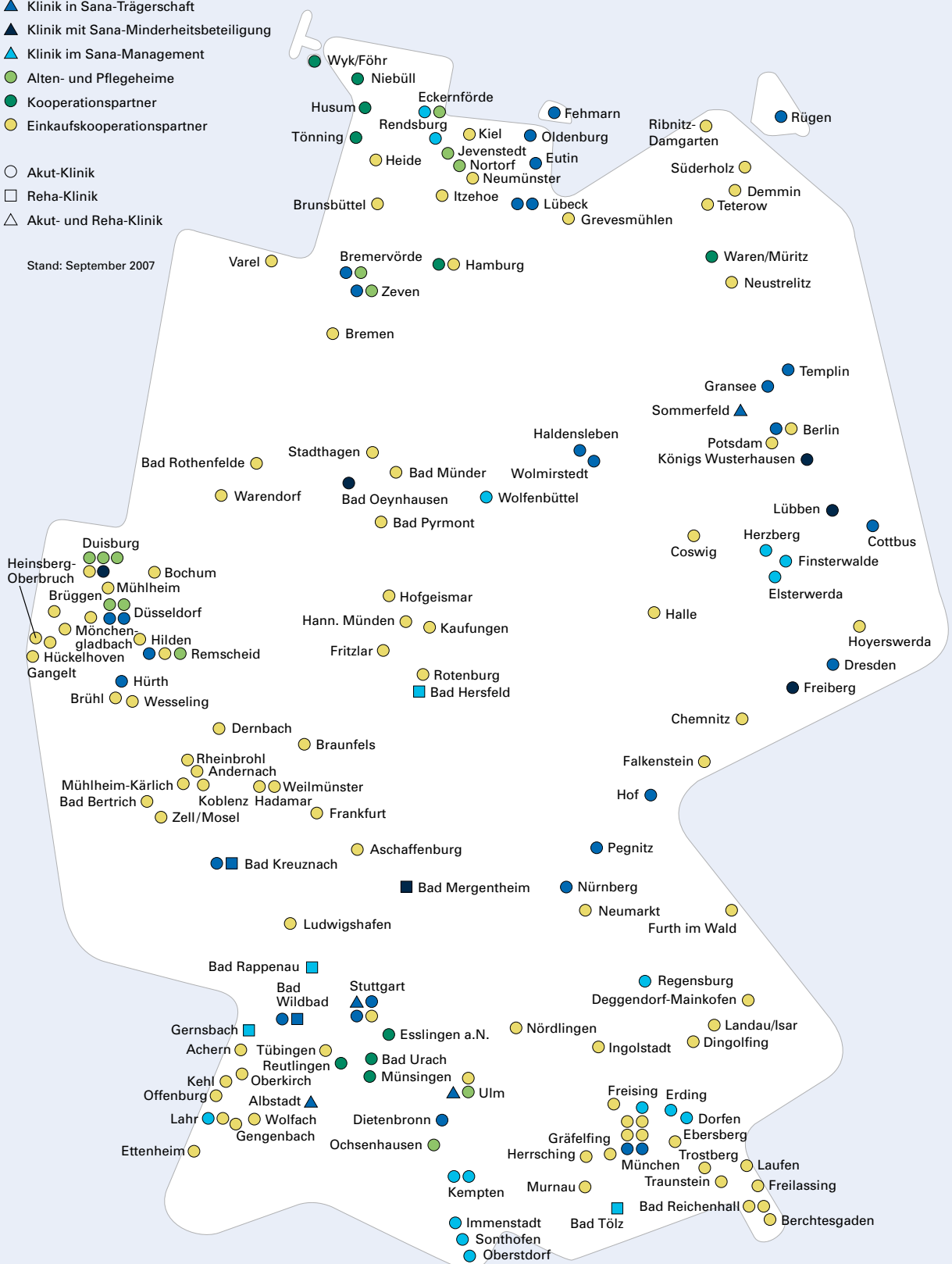




- ▲ Klinik in Sana-Trägerschaft
- ▲ Klinik mit Sana-Minderheitsbeteiligung
- ▲ Klinik im Sana-Management
- Alten- und Pflegeheime
- Kooperationspartner
- Einkaufskooperationspartner
- Akut-Klinik
- Reha-Klinik
- △ Akut- und Reha-Klinik

Stand: September 2007



Qualitätsbericht 2006

Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg
Sana Krankenhaus Templin

MISSION UND VISION

Leitbild der Sana Kliniken

Unsere Mission Wir als Sana haben unsere Krankenhäuser in einem Verbund vereint. So können wir erfolgreicher unsere Häuser führen und besser die Ansprüche unserer Patienten und Kunden erfüllen. Das ist unsere Überzeugung. Wir sind ein Tochterunternehmen der führenden deutschen privaten Krankenversicherer und unterstützen deren sozial- und gesundheitspolitischen Ziele. Wir wollen für andere ein Vorbild sein und zeigen, dass medizinische und pflegerische Höchstleistungen mit wirtschaftlicher Betriebsführung vereinbar sind. Unseren Erfolg bauen wir langfristig auf mit den eigenen Krankenhäusern, unseren Dienstleistungstöchtern und mit Managementverträgen.

Unsere Vision Unser Kerngeschäft ist der Betrieb von Akutkrankenhäusern. Hier beanspruchen wir die Führungsrolle. Unsere Aktivitäten, Prozesse und Strukturen sind darauf ausgerichtet, unsere Leistungen fortlaufend zu verbessern. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich nur an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Wir erwarten von jedem einzelnen – insbesondere von unseren Führungskräften – die Umsetzung unserer Unternehmenswerte. Wir sagen, was wir tun, und wir tun, was wir sagen. Bei uns geht Qualität vor Unternehmensgröße, auch wenn wir weiterhin wachsen wollen. Für diese Ziele arbeiten Medizin, Pflege und Management Hand in Hand.

Unternehmenswert Respekt Wir begegnen allen Menschen mit Respekt, Wertschätzung und Freundlichkeit, ganz gleich, ob sie unsere Patienten, Kunden, Mitarbeiter oder Partner sind.

Unternehmenswert Fortschritt Unsere wichtigsten Dienstleistungen sind Diagnostik, Therapie, Pflege und Krankenhausmanagement. Wir tun alles, um sie zum Wohle unserer Patienten jederzeit auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Technik wirtschaftlich erbringen zu können. Dafür müssen wir uns stetig weiter entwickeln und unsere Prozesse in allen Bereichen optimieren.

Unternehmenswert Motivation Wir wissen, dass nur motivierte Mitarbeiter exzellente Leistungen erbringen können. Deshalb fördern wir die Weiterbildung und übertragen jedem Mitarbeiter möglichst viel Verantwortung und Entscheidungskompetenz. Unsere Führungskräfte werden als Repräsentanten des ganzen Unternehmens wahrgenommen und sind sich dessen bewusst.

Unternehmenswert Wissenstransfer Unser Verbund fördert einen vertrauensvollen Austausch von Wissen und Erfahrungen. Gegenseitige Beratung und Information machen unseren Erfolg wiederholbar und helfen, Fehler zu vermeiden. Offene Kommunikation ermöglicht uns einen transparenten Wissenstransfer.

Unternehmenswert Ergebnisorientierung Wir setzen uns Ziele und messen deren Ergebnisse. Diese vergleichen wir mit denen von Partnern innerhalb und außerhalb des Verbundes. Somit lernen wir fortlaufend und nutzen die Erkenntnisse für Verbesserungen. Unsere Kooperationen führen zu Synergieeffekten, besonders im Verbund.

Unternehmenswert Wirtschaftlichkeit Nur wirtschaftlich geführte Krankenhäuser, Pflege- und Reha-Einrichtungen sowie Dienstleistungstöchter können eine qualifizierte Patientenversorgung bieten. Jede unserer Einrichtungen hat daran einen positiven Anteil und trägt so auch zu einer angemessenen Rendite des Gesellschafterkapitals bei.

Unternehmenswert Kommunikation Wir betreiben eine offene und systematische Informationspolitik. Dadurch lassen wir unser Umfeld und unsere Mitarbeiter am Erfolg des ganzen Unternehmens teilhaben.

Unternehmenswert Ressourcen Unsere Arbeit erfordert sehr viel Material und Energie. Durch rationales Handeln vermeiden wir Verschwendung und unnötigen Verbrauch an Ressourcen. Dies kommt auch unserer Umwelt zugute. Wo immer möglich, erarbeiten und aktualisieren wir dafür sinnvolle Standards und wenden diese an.

INHALTSVERZEICHNIS



- 08** GRUSSWORT GESCHÄFTSFÜHRUNG
SANA KLINIKEN GMBH & CO. KGAA
Informierte Patienten entscheiden
- 10** GRUSSWORT DER GESCHÄFTS-
FÜHRUNG SANA KLINIKEN
BERLIN-BRANDENBURG GMBH
Gesundheit ist das höchste Gut des
Menschen
- 12** EDITORIAL DER KLINIK
Spitzenleistungen durch
Qualitätsmanagement
- 15** PORTRÄT DER KLINIK
Regionale Versorgung auf hohem Niveau
- 18** INDIVIDUELLES THEMA DER KLINIK
Weiterentwicklung der Interdisziplinarität
- 20** KTQ-ZERTIFIZIERUNG
Mit einem übergreifenden Qualitäts-
system spürbare Verbesserungen
bewirken
- 22** KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER
Wissen, was niedergelassene Ärzte
konkret erwarten
- 25** KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN
„Unsere Auftraggeber sind die Patienten“
- 28** ZENTRALE THEMEN
Das Sana Medizin Board –
Impulsgeber auch im Jahr 2006
- 30** ZENTRALE THEMEN
Ethik-Statut

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

35	TEIL A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	67	TEIL C Qualitätssicherung
41	TEIL B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	74	TEIL D Qualitätsmanagement
42	B-1 Innere Medizin		
48	B-2 Allgemeinchirurgie und Traumatologie		
55	B-3 Gynäkologie und Geburtshilfe		
61	B-4 Pädiatrie		

GRUSSWORT GESCHÄFTSFÜHRUNG SANA KLINIKEN GMBH & CO. KGAA

Informierte Patienten entscheiden



Dr. Michael Philippi
Geschäftsführer

Liebe Leserin, lieber Leser,

Qualität in der Medizin ist ein äußerst vielschichtiges Thema. Seit 2004 sind die Krankenhäuser in Deutschland verpflichtet, alle zwei Jahre in einem strukturierten Qualitätsbericht darzustellen, wie sie für Qualität in der Patientenversorgung sorgen. Die zweite Fassung dieser Berichte liegt nun vor. In ihnen ist zweifellos nur ein kleiner Ausschnitt der komplexen Qualitätsthematik abgebildet. Dies wird immer wieder und mit durchaus guten Argumenten kritisiert. Dennoch hat der Qualitätsbericht die Transparenz in der Krankenhauswelt deutlich voran gebracht. Patienten, einweisende Ärzte und interessierte Öffentlichkeit erhalten heute leichter und umfassender Informationen zum Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern als je zuvor, und das ist gut so.

Die Sana Kliniken leben seit ihrer Gründung die kontinuierliche Qualitätsverbesserung als Teil ihrer Unternehmenskultur. Wir setzen ein umfassendes Instrumentarium ein, um Qualität im Krankenhaus greifbar und messbar zu machen. Es stützt sich auf drei Säulen: einen systematischen verbundweiten Vergleich der medizinischen Ergebnisse, die Befragung der zuweisenden niedergelassenen Ärzte sowie das regelmäßige Messen der Zufriedenheit unserer Patienten. Die gewonnenen Erkenntnisse nutzen wir, um in konkreten Projekten die Qualität unserer Leistungen weiter zu verbessern.

Diese Transparenz ist ein wichtiger Motor für die Steigerung der Qualität der Patientenversorgung. Nicht nur, weil dadurch Impulse für interne Veränderungen entstehen, sondern auch, weil gut informierte Patienten zunehmend selbst ihre Klinik auswählen und damit den Wettbewerb zwischen den Häusern beflügeln. In diesem Qualitätsbericht stellt das Sana Krankenhaus Templin daher – über die vorgegebenen Inhalte hinaus – Informationen über wichtige Qualitätsprojekte der letzten zwei Jahre dar. Zusätzlich veröffentlichen die Sana Kliniken auf Konzernebene in den jährlich erscheinenden Medizinischen Entwicklungsberichten umfangreiche Daten zur Behandlungsqualität für jede in Sana-Einrichtungen behandelte medizinische Fallgruppe. Damit laden wir unsere Leser ein, sich ein differenziertes Bild von der Leistungsfähigkeit der Kliniken im Sana-Verbund zu machen – als Grundlage für ihre souveräne Entscheidung.

Dr. Michael Philippi,
Geschäftsführer der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA

GRUSSWORT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG
SANA KLINIKEN BERLIN-BRANDENBURG GMBH

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen



Otto Melchert
Geschäftsführer



Dr. Jens Schick
Geschäftsführer

Die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH als Teil des Sana-Verbundes, deren Gesellschafter die privaten Krankenversicherungen (PKV) sind, ist eine Trägergesellschaft für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Den Schwerpunkt bildet der Betrieb von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Gesundheitszentren in Berlin und Brandenburg.

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen – dementsprechend hoch ist der Anspruch an die medizinischen und pflegerischen Leistungen für unsere Patienten. Für uns ist dies selbstverständlich. Das Leistungsangebot unserer Einrichtungen unterliegt einem hohen Qualitätsanspruch, der in den Unternehmensgrundsätzen der Sana und Sana Kliniken Berlin-Brandenburg fest verankert ist. In den Krankenhäusern in Berlin-Lichtenberg, Sommerfeld mit Reha-Klinik, Gransee und Templin werden jedes Jahr über 40.000 Patienten stationär und weitere 45.000 Patienten ambulant auf hohem medizinischen Niveau versorgt. Darüber hinaus bieten wir eine ambulante Versorgung über Gesundheitszentren an verschiedenen Standorten Berlins an.

Mit der Vernetzung von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Behandlung gewährleisten wir eine umfassende medizinische Gesundheitsversorgung. Diese ent-

spricht dem neuesten Stand der Medizin und Technik und ist eingebettet in ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem.

Unser Qualitätsmanagement basiert auf Erfahrung und dem Wissen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der Anwendung von geeigneten Instrumenten und Methoden zur Qualitätsverbesserung, der Bereitschaft sich in Zertifizierungsverfahren messen und prüfen zu lassen sowie im kontinuierlichen Ausbau der Infrastruktur, in die wir Jahr für Jahr investieren.

Ein wichtiger Meilenstein im Rahmen des Qualitätsmanagements war in den Jahren 2005 und 2006 die Zertifizierung der Sana Kliniken Sommerfeld und des Sana Klinikums Lichtenberg nach KTQ®. In unseren Krankenhäusern Templin und Gransee ist die KTQ®-Zertifizierung für Ende 2007 avisiert. Auch im ambulanten Bereich haben wir mit der Einführung des Qualitätsmanagementverfahrens „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ in allen Praxen des Gesundheitszentrums Berlin viel erreicht.

Nach einer umfangreichen Risikoanalyse in 2006 sind wir zur Zeit dabei, ein Risikomanagementsystem als Teil des Qualitätsmanagements zu implementieren. Wichtige Impulse zur Verbesserung der Prozessqualität in den Einrichtungen der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg erhalten wir durch regelmäßige Befragungen von Patienten, niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern. Die Ergebnisse bestätigen uns in unseren langjährigen Bemühungen um höchste Qualität in der Patientenbetreuung, zeigen uns gleichzeitig aber auch Verbesserungspotentiale auf. Dafür sind wir sehr dankbar.

Qualität ist für uns nichts statisches, sondern ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess, der von einer systematischen Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit und dem Streben nach Verbesserung geprägt ist. Innerhalb des Sana-Konzerns profitieren wir dabei in hohem Maße von den vielfältigen Erfahrungen anderer Kliniken und des Verbundes.

Wir freuen uns, Ihnen mit dem vorliegenden Qualitätsbericht einen Einblick in unsere Arbeit in Medizin, Pflege und patientennahe Serviceleistungen geben zu können.

Otto Melchert
Geschäftsführer Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

Dr. Jens Schick
Geschäftsführer Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH

EDITORIAL DER KLINIK

Spitzenleistungen durch Qualitätsmanagement



Das Bemühen um Qualität in der Patientenversorgung ist keine Erfindung der heutigen Zeit. Qualität, also bestmögliche Diagnostik und Therapie für eine qualifizierte medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten, steht seit jeher im Mittelpunkt der Arbeit des Sana Krankenhauses Templin.

Die Art, wie das Streben nach Qualitätsverbesserungen als dauerhafte Aufgabe im Klinikgeschehen verankert ist, hat sich jedoch in den letzten Jahren wesentlich gewandelt. Qualität entsteht in der ständigen systematischen Auseinandersetzung mit den Wünschen vor allem unserer Patienten und anderen Kunden und der eigenen Arbeit – und aus dem Vergleich mit den Ergebnissen, die andere Kliniken erzielen. Als ein Haus im Sana-Verbund, dem über 60 Kliniken angehören, besitzen wir eine breite Basis, um auch aus den Erfahrungen anderer für die eigene Qualität zu lernen.

Spitzenleistungen in Medizin und Pflege erreichen wir durch konsequentes Qualitätsmanagement und das Lernen von den Besten. Wichtige Projekte für Qualitätsverbesserungen waren im Jahr 2006 die Einführung geplanter Behandlungsabläufe, die Einrichtung eines systematischen Entlassmanagements sowie die Vorbereitung auf die KTQ-Zertifizierung. Durch die grundlegende Modernisierung der Stationen hat die Sana-Klinik Musterstadt auch im Hinblick auf Service und Komfort für die Patienten einen großen Zugewinn an Qualität erzielt.

Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen Einblick geben in unsere Arbeit in Medizin, Pflege und patientennahen Dienstleistungen – und damit transparent machen, wie das Streben nach höchster Qualität Bestandteil der vielfältigen Tätigkeiten ist, die für eine gute Patientenversorgung in unserem Haus ineinander greifen.



SANA KRANKENHAUS TEMPLIN

Regionale Versorgung auf hohem Niveau

Das Sana Krankenhaus Templin ist ein modernes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Mit seinen markanten Farben ist es ein fröhliches weithin leuchtendes Zeichen in der Stadt Templin, die als „Perle der Uckermark“ bekannt ist. Diese erfrischende Gestaltung findet sich im wohldurchdachten Farbkonzept im Innern des Hauses wieder.

Mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie und Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie sowie Physiotherapie, Funktionsdiagnostik und Rettungsstelle bieten wir ein breites medizinisches Leistungsspektrum an, das zusätzlich durch Kooperationen mit Niedergelassenen Ärzten ergänzt wird. Eine am Krankenhaus ansässige niedergelassene Schmerztherapeutin steht auch für die stationären Patienten zur Verfügung. Das Krankenhaus bietet ergänzend eigene Sprechstunden an, wie die hämatookologische Sprechstunde, die urogynäkologische Sprechstunde, Coloskopie- und Proktologie-sprechstunde. Die Berechtigung zur Teilnahme am D-Arztverfahren wurde durch die Berufsgenossenschaft erteilt. Fester Bestandteil des ambulanten Angebotes ist das Ambulante Zentrum, mit insgesamt 6 Bettplätzen in wohnlicher Atmosphäre. Die Mitarbeiterinnen dieses Zentrums begleiten Patienten während der präoperativen Sprechstunden, bei den ambulanten Eingriffen und unterstützen die Patienten bis zur Entlassung. Von Patienten, Angehörigen, Besuchern, Mitarbeitern und Gästen wird das Haus wegen seiner offenen, freundlichen Atmosphäre geschätzt.

Das Krankenhaus bildet gemeinsam mit dem Sana Krankenhaus Gransee den Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg und ist Betriebsteil der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg. Seit Mitte 2005 sind die Sana Kliniken Mehrheitsgesellschafter. Damit macht sich auch für unsere Klinik ein Zuwachs an Know-how deutlich bemerkbar. Innerhalb des Sana-Konzerns profitieren unsere Patienten von der Stärke des Verbundes, weil wir eine qualifizierte stationäre und ambulante Betreuung gewährleisten, die auch zeitgemäße Anforderungen an Ökologie und Ökonomie berücksichtigt.

SANA KRANKENHAUS TEMPLIN

Die geburtshilfliche Abteilung wird von Beleghebammen begleitet und unterstützt, die das Haus wegen seiner hohen interdisziplinären Zusammenarbeit schätzen und gern weiter empfehlen. Es werden Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik und Rückbildungsberatung angeboten. Der Chefarzt der Abteilung ist Herr Dipl.-Med. Carsten Haug. Herr Haug ist telefonisch unter 03987 42-250 erreichbar.

Rettungsstelle, Geburtshilfliche Abteilung, und Kreißsaal, Operationsabteilung, Intensivstation, Funktionsdiagnostik und Labor sind im Jahr 2007 in den Neubau umgezogen, die Stationen bereits 3 Jahre zuvor.

Im Krankenhaus Templin ist es seit Jahren gute Tradition, dass i.d.R. alle Kinder von 0 bis 16 Jahren durch Kinder- und Jugendmediziner betreut werden. Damit werden die speziellen Anforderungen, die sich aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ergeben, in besonderem Maße berücksichtigt. Der Ansatz, dass sich die Vertreter der unterschiedlichen Disziplinen je nach Art der Erkrankung zum Kind begeben und das Kind die Möglichkeit hat, in kindgerechter Umgebung und mit adäquater auf seine spezifischen Erfordernisse ausgerichtetem Umgang seinen Krankenhausaufenthalt zu erleben, ist eine Forderung vieler Pädiater, die im Krankenhaus Templin lange gelebte gute Tradition hat. Zu diesem Konzept der Behandlung und Betreuung Minderjähriger gehört auch, dass die hohen Anforderungen an die pflegerische Begleitung durch speziell qualifizierte Mitarbeiter sichergestellt wird.



Als eine der wenigen pädiatrischen Bereiche wird in Templin die Iontophorese zur Mukoviszidosedagnostik bei Kleinkindern durchgeführt. Für Neugeborene bieten wir alle Screening-Untersuchungen, einschließlich Hörcreening, Sonografie der Nieren und des Schädels an.

Im Bereich Pädiatrie bieten wir außerdem Diagnostik und Therapie des cerebralen Anfallsleiden an und es werden auch ambulante und stationäre EEG-Untersuchungen durchgeführt. Frau Dr. Ruth Mähl als Chefarztin dieser Abteilung ist unter 03987 42-220 telefonisch erreichbar.



INDIVIDUELLES THEMA DER KLINIK

Weiterentwicklung der Interdisziplinarität

Als regionales Krankenhaus sind wir verlässlicher Partner von niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen. Die Patienten schätzen das wohnortnahe Angebot und erwarten dem Standard des Hauses entsprechende hochwertige qualitative Leistungen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es wichtig, im Verbund mit starken Partnern zu agieren. Die Sana Kliniken sind als einer der großen privaten Krankenhausbetreiber ein erfolgreich agierender privatwirtschaftlicher Klinikmanager.

Seit 2005 halten die Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA die Mehrheitsanteile an den Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, wovon der Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg mit seinen Standorten Gransee und Templin ein Betriebsteil ist.

Zum Beginn des Engagements der Sana wurden Konzepte für die medizinische Entwicklung erarbeitet, von Fachleuten gemeinsam erarbeitete Standards vorgelegt, und Dienstleistungen gebündelt und damit die Grundlagen geschaffen, um medizinische Leistungen effizienter anbieten zu können. Einheitliche Standards in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung wie die Sturz- oder die Dekubitusprophylaxe sind in zentral arbeitenden Fachzirkeln entwickelt und erprobt worden und werden dann allen Sana Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Damit ist der hohe Qualitätsanspruch in allen Häusern gesichert und gleichzeitig auch der künftigen Entwicklung Rechnung getragen, denn die einmal festgeschriebenen Standards werden in regelmäßigen Abständen evaluiert. Durch den Verbund innerhalb eines großen Krankenhausträgers





ist es auch möglich geworden, seine Leistungen im Vergleich mit vielen anderen von „außen“ bewerten zu lassen. Dazu fanden Patienten- und Einweiserbefragungen statt, die Stärken aufgezeigt haben und uns Hinweis waren, um Schwachstellen abstellen zu können. Dazu diente außerdem die Risk-Management-Analyse, die innerhalb der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg für alle Betriebs- teile erstellt wurde. Von diesen qualitätssichernden und -verbessernden Aktivitäten profitieren nicht nur die Patienten, sondern auch unsere Kooperations- partner. So ist gemeinsam mit nachsorgenden Ein- richtungen wie ambulante oder stationäre Pflege- einrichtungen ein gemeinsamer Entlassungsbogen erarbeitet worden. Bereits frühzeitig nach Aufnah- me des Patienten im Krankenhaus wird festgestellt, ob ein anschließender Betreuungsbedarf besteht und die Abstimmung zu den entsprechenden pro- fessionellen Anbietern gesucht. Auch mit den nie- dergelassenen Ärzten ist die Zusammenarbeit for- ciert worden, sei es durch den Abschluss weiterer Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten oder Abstimmungen mit der Kassenärztlichen

Vereinigung, um im Interesse der Patienten durch- gängig die Behandlungsprozesse zu organisieren.

Im Sommer 2006 haben wir Herrn Dr. Hans-Peter Conrad als neuen Chefarzt der Chirurgischen Klinik in Templin begrüßt. Mit ihm ist die Chefarzt- position nun mit einem ausgewiesenen Viszeral- chirurg besetzt worden, der wegen seiner ziel- orientierten Art sowohl bei den Patienten, den niedergelassenen Kollegen als auch bei den Ärzten im Haus Anerkennung findet. Dr. Conrad hat die proktologische Sprechstunde am Haus etabliert. Bereits Ende 2005 hat Herr OA Bormeister sei- ne Zusatzqualifikation Fußchirurgie erlangt. In den inzwischen fertig gestellten neuen Räumen des Krankenhauses Templin ist damit eine umfassende Versorgung gegeben.

KTQ - ZERTIFIZIERUNG

Mit einem übergreifenden Qualitätssystem spürbare Verbesserungen bewirken

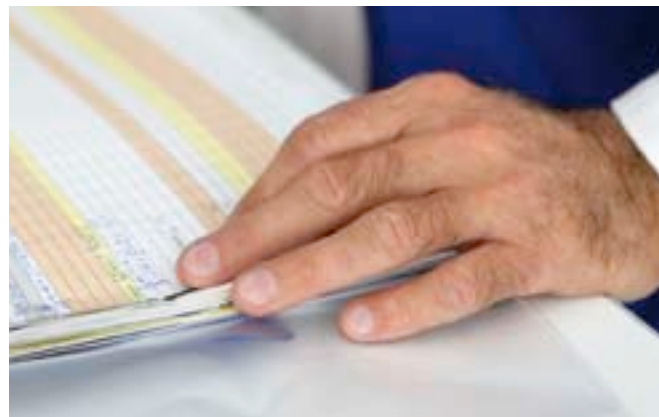
Vor dem Hintergrund großer Veränderungen im Gesundheitswesen und dem Anspruch optimaler Patientenbehandlung ist Qualitätsmanagement heute auch im Krankenhaus unverzichtbar. Dabei können Kerngedanken wie Kundenorientierung und ständige Verbesserung und Innovation gut für das Handeln im Gesundheitswesen übertragen werden. Dabei ist nicht nur die eigene Einschätzung der Qualitätsfähigkeit von Bedeutung; vielmehr gilt es, dies durch unabhängige Experten durch ein Zertifikat bescheinigen zu lassen.

Das Qualitätssystem von Sana

Bereits seit 1998 hat der Sana-Verbund ein Qualitätsmanagement nach dem Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) aufgebaut. Um das Tempo der Qualitätsentwicklung zu erhöhen wurde 2006 damit begonnen, in allen Krankenhäusern der Sana eine Zertifizierung nach dem Modell der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) anzustreben. Nach intensiven Bemühungen werden alle Sana Kliniken dies bis spätestens Ende 2007 erreicht haben.

Das Verfahren – KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

Das KTQ-Modell ist ein spezifisches Verfahren zur Zertifizierung von Krankenhäusern. Es basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung des Krankenhauses. Überprüft werden dabei die Bereiche Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement. Das Krankenhaus erhält dieses Zertifikat nur, wenn die Patienten und Mitarbeiter zufrieden sind, die Sicherheit gewährleistet ist, die Informationen fließen, die betriebswirtschaftlichen Belange geregelt sind und ein Qualitätskonzept existiert. In Vorbereitung auf die Zertifizierung werden zahlreiche Vorgehensweisen hinterfragt und verbessert, wobei das Wohlergehen der Patienten im Mittelpunkt steht. Dabei war der Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Gute Konzepte und funktionierende Abläufe in verschiedenen Krankenhäusern wurden identifiziert und auf andere übertragen. So konnten die Krankenhäuser dank ihrer Zugehörigkeit zu einem Verbund in allen Bereichen voneinander lernen und profitieren.



Wie läuft eine KTQ-Zertifizierung ab?

Die Selbstbewertung des Krankenhauses und die anschließende Fremdbewertung durch Visitoren sind die beiden Kernelemente des Verfahrens. Alle Ebenen der Krankenhausmitarbeiter und alle Berufsgruppen im Krankenhaus werden an der Zertifizierungsvorbereitung beteiligt: von den Pflegekräften über das medizinisch-technische Personal bis zu den Ärzten, von der Hauswirtschaft bis zur Verwaltung. In Krankenhäusern, die mit der KTQ-Arbeit beginnen, lässt sich deshalb schnell eine Intensivierung der abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit feststellen. Fragen, die die Krankenhaushygiene, den Arbeits- und Katastrophenschutz, den Umgang mit Vorbefunden der Patienten, die Umsetzung moderner, wissenschaftsbasierter Medizin und Pflege, die Vermeidung von Fehlern und eine angemessenen Zielplanung betreffen, können nur im Zusammenwirken aller Krankenhausmitarbeiter beantwortet werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung, die ebenfalls nachgewiesen werden muss, kann nur durch persönliches, nachhaltiges Engagement der Führungskräfte erreicht werden.

Der Erfolg: Zertifikat für drei Jahre

Um das KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss ein Krankenhaus mindestens 55 Prozent der möglichen KTQ-Punkte in jeder Kategorie erreichen. Vor Einleitung einer Zertifizierung prüfen die Visitoren – erfahrene Krankenhauspraktiker unterschiedlicher Berufsgruppen – die eingereichten Selbstbewertungen. Fällt das Ergebnis positiv aus, besucht ein Visitorenteam das Haus und prüft, ob die Selbstbewertung mit den realen Regelungen und Abläufen in der Einrichtung übereinstimmt. Die Visitation dauert mehrere Tage. Anschließend erstellen die

Visitoren ihren Visitationsbericht, der gleichzeitig Grundlage der Zertifizierung ist. Wenn sie von der Leistungsfähigkeit der Einrichtung überzeugt sind, empfehlen sie die Vergabe des Zertifikats durch KTQ. Dieses Gütesiegel wird stets nur für drei Jahre verliehen, danach steht die Rezertifizierung an.

KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER

Wissen, was niedergelassene Ärzte konkret erwarten

2 von 3 Patienten hören auf ihren Arzt, wenn es darum geht, ein geeignetes Krankenhaus für eine Behandlung auszuwählen. Damit kommt einweisenden Ärzten eine Schlüsselrolle in der Patientensteuerung zu. Um ein klares Bild von der Zufriedenheit von Einweisern zu erhalten, deren Meinung zur Qualität wichtiger Dienstleistungen, ihre Kenntnis vom Leistungsspektrum und die Einschätzung der Leistungsfähigkeit zu erhalten hat die Sana erstmals flächendeckend eine Einweiserbefragung durchgeführt. Aber welche Aspekte sind für niedergelassene Ärzte wirklich von Belang? Wozu würden sie sich gerne dem Krankenhaus gegenüber äußern? Nach systematischer Suche konnte mit „Medical research & consult“ ein Institut gefunden werden, das einen wissenschaftlich abgesicherten Fragebogen einsetzt, der nach Interviews mit zahlreichen niedergelassenen Ärzten entwickelt wurde und deren Anliegen widerspiegelt.

Gezielte Einweiserbefragungen

Einweiserverhalten ist vielschichtig. Nicht ein Grund allein ist für Präferenzen oder Vorbehalte von Ärzten gegenüber Krankenhäusern verantwortlich. Eine Vielzahl von Faktoren führt zu einer Meinungsbildung. Dabei spielen die Dimensionen Leistungseinschätzung, Zusammenarbeit zwischen Ärzten im Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt, die Ein- oder Umstellung von Patienten auf eine Medikation, die Umgang mit der Entlassung des Patienten, Tempo und Aussagekraft der Arztbriefe und die Kommunikation miteinander eine Rolle. Zusätzlich bildet sich der niedergelassene Arzt seine eigene Meinung über ein Krankenhaus durch die Äußerungen seiner Patienten nach ihrem Aufenthalt. Zu all diesen Themenbereichen werden Fragen gestellt und zusätzlich danach gefragt, welche andere Klinik nach Meinung des niedergelassenen Arztes dies besser handhabt.

KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER

2006 haben 19 Sana-Häuser und 7 Management- und Kooperationshäuser an der Einweiserbefragung teilgenommen, was eine solide Ergebnisbasis darstellt.

Den Schwachstellen auf der Spur

Primäre Aufgabe der Befragung war es, diejenigen Faktoren zu ermitteln, die konkret zu Nichteinweisungen führen. Deutlich wurde, dass niedergelassene Ärzte stark zwischen der Qualität einzelner Abteilungen differenzieren. Aus diesem Grund wurde den befragten Ärzten die Möglichkeit gegeben, Abteilungen getrennt voneinander zu bewerten. Um den Hintergrund der Bewertung erkennen zu können, sah der eingesetzte Fragebogen Bemerkungsfelder vor, in denen sie Kommentare und Erläuterungen hinterlegen konnten. Die Befragung lieferte den Sana Kliniken konkrete Ergebnisse,

- wie die niedergelassenen Ärzte die Leistungen der Sana Klinik derzeit wahrnehmen,
- welches Image die Sana Klinik derzeit hat,
- welche Probleme aus Sicht der Ärzte existieren,
- wie gut sie über das Leistungsangebot informiert sind,
- was sich die Ärzte von der Sana Klinik wünschen und wo Verbesserungsbedarf besteht.

Die Ergebnisse der Befragungen stellten die Grundlage für effiziente und zielgerichtete Maßnahmenplanungen dar, die in einem Aktionsplan zusammengefasst und in verschiedenen Projekten umgesetzt wurden.



KUNDENZUFRIEDENHEIT: EINWEISER

Ergebnisse der Einweiserbefragung

In den folgenden Fragen hat unsere Klinik besondere Ergebnisse erzielt.

Bei der Frage „Mit den Ergebnissen der Behandlung bei entlassenen Patienten bin ich i.d.R. sehr zufrieden.“ waren 89% der Zuweiser mit unserer Klinik zufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir mit unserem sehr guten Ergebnis auf dem ersten Platz.

Bei der Frage „Ich werde auf Wunsch in angemessener Zeit zurückgerufen.“ waren 73% der Zuweiser mit unserer Klinik zufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir mit unserem Ergebnis im guten Mittelfeld.

Bei der Frage „Die Arztbriefe enthalten für mich relevante Informationen.“ waren leider nur 63% der Zuweiser zufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir mit unserem Ergebnis auf einem der hinteren Plätze. Um zu einer höheren Zufriedenheit in diesem Bereich zu gelangen wurde ein Projekt initiiert. Ziel ist es, dass alle entlassenen Patienten am Tag der Entlassung den endgültigen Arztbrief mit allen relevanten Informationen mitbekommen.



KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN

„Unsere Auftraggeber sind die Patienten“

Bereits an der ersten Sana-Patientenbefragung im Jahr 2004 wurden 12.000 Patienten aus 24 Krankenhäusern der Sana gebeten, ihre Meinung über ihren Krankenhausaufenthalt zu äußern. Der Informationswert wurde so hoch bewertet, dass bereits 2005 34 Kliniken mit insgesamt über 100 Fachabteilungen teilnahmen, um von ca. 20.000 Patienten zu erfahren, wie sie die Qualität der Behandlung in den Sana Kliniken beurteilen.

Die Qualität der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfahren ist das Ziel der Sana Kliniken. Die Methodik der Sana-Patientenbefragung mit dem Picker-Instrument trägt dem Rechnung. In Interviews mit mehr als 20.000 Patienten wurde herausgefunden, was für Patienten wirklich zählt, was ihnen bei ihrem Krankenhausaufenthalt am wichtigsten ist. Darauf gründet der Fragebogen, der insgesamt 67 Fragen zu folgenden Themen stellt:

- zum Arzt-Patienten-Verhältnis
- zum Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis
- zur Zimmerausstattung
- zum Erfolg der Behandlung
- und zum Essen

Die Auswertung dieses Fragebogens zeigt deutlich Stärken und Probleme in der Versorgungsqualität auf. Befragung und Auswertung sind so angelegt, dass das Verbesserungspotenzial danach auf der Hand liegt und gezielte Veränderungsmaßnahmen rasch eingeleitet werden können.

Vorteil für viele Einrichtungen: durch den Vergleich der eigenen Ergebnisse mit anderen Sana-Einrichtungen und der Picker-Vergleichsgruppe, die aus ca. 100 weiteren Kliniken besteht, kann die Leistungseinschätzung gut objektiviert werden.



KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN

Erfreuliche Resultate der Sana Kliniken

Nachdem bereits in der ersten Befragung durch die Sana Kliniken in nahezu allen Dimensionen bessere Werte als in der Vergleichsgruppe erzielt wurden, konnten die Sana Kliniken 2005 in fast allen Dimensionen weiter zulegen. So gibt es neben einer stetig verbesserten medizinischen Qualität weniger Kritik an der Aufklärung vor operativen Eingriffen und an Erklärungen von Testergebnissen. Auch bemängeln Patienten seltener, dass ihre Angehörigen nicht ausreichend informiert werden. Behandlung und Information können noch so gelobt werden: Patienten wollen sich auch im Umfeld wohl fühlen. So zählt es sich aus, dass Sana im vergangenen Jahr weiter in die Zimmerausstattung investiert hat. Vor allem mit der Modernisierung der Sanitärbereiche konnten die Sana-Krankenhäuser ihren Vorsprung gegenüber den Mitbewerbern deutlich ausbauen.

Erfreuliche Resultate der Klinik

Ergebnisse der Patientenbefragung

Individuelle Auswahl der Klinik zu drei Indikatoren der Patientenbefragung.

In den folgenden Fragen hat unsere unserer Klinik/ die Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe besondere Ergebnisse erzielt.

Bei der Frage „Wie würden Sie die Höflichkeit der Ärztinnen und Ärzte beurteilen?“ waren nur 2,1% unserer befragten Patienten unzufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir mit diesem guten Ergebnis auf dem zweiten Platz.

Bei der Frage „Wenn Sie Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustandes oder Ihrer Behandlung hatten, hat dann eine Schwester oder ein Pfleger diese mit Ihnen besprochen?“ waren nur 7,8% unserer befragten Patienten unzufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir mit diesem guten Ergebnis auf dem ersten Platz.

Bei der Frage „Ich fand die Zimmerausstattung ausgezeichnet?“ waren nur 6,3% unserer befragten Patienten unzufrieden und im Vergleich mit allen Sana Kliniken lagen wir damit im guten Mittelfeld.



ZENTRALE THEMEN

Das Sana Medizin Board – Impulsgeber auch im Jahr 2006

Nach der Konstituierung im Jahr 2004 liegt das zweite vollständige Arbeitsjahr hinter den leitenden Ärzten und Pflegekräften, die Mitglied des Medizin Boards sind. Die im Jahr 2006 diskutierten Themen spiegeln die aktuellen Krankenhausthemen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Management wider. Unter anderem hat sich das Sana Medizin Board mit folgenden Themen beschäftigt:

Einweiserbefragung:

- Inhalte, Befragungsdesign, Auswahl des Kooperationspartners, Folgerungen für das Einweisermanagement, Indikatoren für das gezielte Monitoring von Verbesserungspotenzialen

Delegation ärztlicher Tätigkeiten:

- Entwicklung eines Profils potenziell delegierbarer Tätigkeiten, Anforderungen an den Prozessablauf, rechtliche und personelle Barrieren

Geplante Behandlungsabläufe:

- Evaluation der Wirkungen, weitere Entwicklungsschritte

Klinisches Risikomanagement:

- Erörterung geeigneter Risikoindikatoren, Positionierung des Klinischen Risikomanagements im Risikomanagement des Verbundes

Artikelstandardisierung:

- Begleitung des Standardisierungsprozesses durch medizinisch-pflegerische Expertise, Benennung der Fachexperten
- KTQ-Zertifizierung

Ein weiteres Themenfeld der Arbeit im Medizin Board war die Entwicklung eines Konzeptes für die Forschungsförderung, das auf verschiedenen Säulen ruht. Mitarbeiter sollen gefördert werden, wenn sie einen Vortrag auf einer anerkannten wissenschaftlichen Veranstaltung ihrer Fachgesellschaft, ihres Berufsverbandes oder auch bei Kongressen im Ausland halten. Auch wenn ein Poster auf einer solchen Veranstaltung präsentiert wird, soll dies zukünftig gefördert werden. Wer sich als Autor mit Veröffentlichungen in anerkannten Zeitschriften betätigt, wird ebenfalls unterstützt. Schafft es ein Mitarbeiter während seiner Tätigkeit in einer Sana-Einrichtung einen akademischen Titel zu erwerben, sprich zu promovieren oder eine Habilitationsschrift erfolgreich zu verteidigen, soll auch dies Gegenstand der Förderung sein. Mit diesem Konzept, das im Jahr 2007 umgesetzt wird, werden die Sana Kliniken bewusst Anreize insbesondere,

aber nicht nur für Ärztinnen und Ärzte setzen, sich wissenschaftlich zu engagieren und einen Beitrag zur Forschung zu leisten. Den Mitgliedern des Sana Medizin Board kommt es besonders darauf an, die wissenschaftlichen Aktivitäten der jungen Mitarbeiter zu fördern, um den Umgang damit wirkungsvoll in den Arbeitsalltag zu integrieren. Unter diesem Gesichtspunkt wurde das Programm für die erste Umsetzungsphase konzipiert.

Geplant ist für 2007 erstmalig die Ausschreibung eines Sana-Forschungspreises. Abgeschlossene Forschungsprojekte aus Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Versorgungsforschung im ärztlichen, aber auch im pflegerischen Bereich sollen prämiert werden. Die Ausschreibung befindet sich in der Vorbereitung. Die Anträge werden an die Themengruppe Wissenschaft & Innovation des Medizin Board gerichtet.

Auf Initiative und unter Federführung der Mitglieder des Sana Medizin Board hat inzwischen auch ein kontinuierlicher Austausch unter den im Verbund vertretenen medizinischen Fachdisziplinen begonnen. Unter der Leitung der jeweiligen Vertreter des Fachgebietes im Medizin Board treffen sich die leitenden Ärzte einer Fachrichtung, um über spezifische Fragen ihres Gebietes diskutieren zu können. Fachspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen, der Austausch über aktuelle Entwicklungen des Fachs, aber auch besondere Fragen im Zusammenhang mit den verwendeten Artikeln prägen die Tagesordnung der Fachgruppensitzungen.



ZENTRALE THEMEN

Ethik-Statut

Ethische Fragestellungen sind ein Teil des täglichen Geschehens im Krankenhaus. Immer wieder müssen weitreichende Entscheidungen über das sinnvolle Therapiemaß getroffen werden. Am Lebensanfang und am Lebensende können diese Entscheidungen von besonderer Tragweite und Bedeutung sein.

Anlässlich einer Bewertung zur Wirksamkeit und Aktualität des Sana Leitbildes wurde festgestellt, dass es für den Verbund mehr Antworten auf ethische Fragestellungen geben sollte. Daraufhin wurde – nach einer ausführlichen Diskussion im Sana Medizin Board – das Sana Ethik Komitee berufen und beauftragt, für wichtige Fragestellungen Lösungen für den Verbund zu entwickeln. Es besteht aus einer Pflegedienstleitung, mehreren Chefarzten verschiedener Fachrichtungen, einem Psychologen und Qualitätsmanagement-Beauftragten. Moderiert wird es von der Bereichsleitung Medizin und Qualitätsmanagement der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA. Fachlich beraten wird es durch Prof. Wehkamp, einem ausgewiesenen Experten in ethischen Fragen der Krankenhausorganisation und -behandlung aus Hamburg.

Dieses Komitee entwickelte zahlreiche Verfahrensanweisungen für folgende, besonders relevante Problemstellungen, die sich derzeit in den Kliniken des Sana-Verbundes in der Umsetzung befinden:

- die Arbeitsweise des Ethikkomitees
- ethische Fallbesprechung durch das Ethikkomitee
- Umgang mit Tot- und Fehlgeburten vor der 12. SSW
- Umgang mit Tot- und Fehlgeburten jenseits der 12. SSW
- Umgang mit sterbenden Patienten

- Umgang mit Sterbedokumenten
- Anforderung psychosozialer Unterstützung für Patienten oder deren Angehörige
- Versorgung von Verstorbenen auf einer Betten führenden Station
- Versorgung von Verstorbenen in der Pathologie
- Obduktion

In allen Verfahrensanweisungen wurde dargelegt, wie in den entsprechenden Situationen Wünschen und Anliegen von Patienten und ihren Angehörigen Rechnung getragen werden kann. In allen Sana Kliniken wurden Ethik Komitees gegründet, die für die Umsetzung der Verfahrensanweisungen Sorge tragen und ethische Fallbesprechungen durchführen. Jeder Mitarbeiter kann sich mit seinen Fragen um Rat an diese Komitees wenden.

Die Vorsitzenden der lokalen Ethik Komitees der einzelnen Einrichtungen haben sich im Juni erstmals mit den Mitgliedern des zentralen Sana Ethik Komitees zu einem Erfahrungsaustausch und zu einer gemeinsamen Fortbildung getroffen. Als „Leitplanken“ für Entscheidungen und Vorgehensweisen wurde ein Ethik Statut für die Sana Kliniken entwickelt.

Warum gibt es das Ethik-Statut?

Das Ethik-Statut soll helfen, insbesondere in Zeiten von Umbruch und Veränderung Orientierung und Hilfestellung bei der ethischen Umsetzung unserer Unternehmenswerte zu geben. Dieses Ethik-Statut dient als Ergänzung und Erläuterung des Leitbildes der Sana vor allem für ethische Fragestellungen der Patientenversorgung. Besonders für den Umgang mit Patienten, ihren Familien und ihnen nahe stehenden Menschen soll der Unternehmenswert Respekt konkretisiert werden.



Das Statut beschreibt keinen bestehenden Zustand. Vielmehr wird ein Ziel skizziert, das im Sana-Verbund durch die Bewahrung und Förderung des Bewusstseins für ethisches Handeln erreicht werden soll. Es bildet eine Richtschnur für das alltägliche Handeln aller Mitarbeiter im Verbund. Durch Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung in ethischen Fragen ist es ein Beitrag zur Förderung der Gesprächskultur und zur Lösung von Konflikten zwischen Werten, Normen und Zielen im Rahmen der Entscheidungsfindung.

Die Beschäftigung mit Ethik soll helfen, das Dilemma verschiedener Regeln und miteinander kollidierender Werte, die im Einzelfall interpretiert und in ein individuelles Gleichgewicht gebracht werden müssen, zu lösen. Damit ist es ein wichtiges Element der Unternehmensführung. Unsere Führungskräfte stehen für die Inhalte dieses Statuts. Jeder einzelne Mitarbeiter wird auf die beschriebenen Leitsätze verpflichtet und erhält Hilfestellung bei deren Interpretation und Umsetzung.

Unsere Sicht auf Patienten, ihre Familie oder andere ihnen nahe stehende Menschen

Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten hat Vorrang vor allem Anderen. Wir tun alles, um einem Patienten die Wahrnehmung seiner Eigenverantwortlichkeit und Souveränität zu ermöglichen. Dafür informieren wir ihn ausführlich und verständlich und respektieren seinen Willen und seine Entscheidungen. Es ist uns wichtig, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und aktiv zu fördern.

Unser Handeln soll stets dem Wohl des Patienten dienen und ihm nicht schaden. Dabei haben auch wir das Recht bzw. die rechtliche oder ethische

Pflicht, nicht jede vom Patienten gewünschte Leistung auszuführen.

Wir betrachten unsere Patienten eingebettet in ihre sozialen Zusammenhänge. Soweit es dem Patienten ein Anliegen ist, beziehen wir seine Familie oder andere ihm nahe stehende Menschen ein.

Für den Fall, dass ein Patient selbst seine Entscheidung nicht treffen und formulieren kann, beachten wir seine zuvor getroffenen Verfügungen, z.B. in Form einer Patientenverfügung oder schriftliche oder mündliche Erklärungen. Auch das Wissen der Familie oder anderer nahe stehender Menschen ist dabei zu Rate zu ziehen. In Fällen, in denen der mutmaßliche Wille des Patienten nicht in Erfahrung gebracht werden kann, entscheiden wir uns für die Bewahrung des Lebens.

Wir sorgen für eine gerechte Behandlung aller unserer Patienten.

In unseren Überlegungen und Entscheidungen bemühen wir uns um Gerechtigkeit und machen unsere Argumente im therapeutischen Team nachvollziehbar und transparent. Dabei ist uns bewusst, dass vollkommene Verteilungsgerechtigkeit nicht immer erreicht werden kann.

Wir setzen uns aktiv für eine gerechte Behandlung aller unserer Patienten, unabhängig von Rasse, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Alter und sexueller Identität ein. Wir respektieren die kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Denkweisen unserer Patienten und beachten sie, soweit sie mit unseren ethischen und rechtlichen Grundsätzen vereinbar sind.

Ethische Prinzipien im Umgang mit unseren Dienstleistungen

Umgang mit Problemen am Lebensanfang

Neues Leben begrüßen wir freudig und achtsam. Wir unterstützen die Eltern bei ihren ersten Schritten in der neuen Rolle.

In enger Absprache mit den Eltern treffen wir Entscheidungen über das Therapiemaß bei Kindern, die krank, behindert oder wesentlich zu früh geboren werden.

Wird ein Kind tot geboren oder verstirbt in unserer Einrichtung, geben wir der Trauer der Eltern Raum und unterstützen sie bei der Bewältigung des Verlustes.

Begleitung während der Behandlung

Die aufmerksame, individuelle Begleitung unserer Patienten verstehen wir als unsere Aufgabe. In schwierigen Situationen lassen wir unsere Patienten und die ihnen nahe stehenden Menschen nicht allein. Persönliche Nähe ist dabei ein wichtiges Element.

Emotionale Probleme unserer Patienten nehmen wir wahr und reagieren darauf sorgsam. Der Ausnahmesituation unserer Patienten sind wir uns bewusst. Auf die Wahrung ihrer Persönlichkeits-sphäre achten wir.

Um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen informieren wir unsere Patienten fortlaufend und erklären ihnen die geplanten Maßnahmen, deren Ergebnis und ihren Zustand. Zu den Auswirkungen auf ihre künftigen Lebensumstände beraten wir sie individuell.

Wahrheit hat im Umgang mit dem Patienten Vorrang

Wir bemühen uns intensiv darum zu erkennen, in welchem Ausmaß der Patient sich aktuell mit seiner Situation auseinandersetzen möchte. Dabei beachten wir den Zustand des Patienten und sein Recht auf Nichtwissen.

Schmerzbehandlung ist ein wichtiger Beitrag zum Erhalt von Würde und Selbstbestimmung

Unter Berücksichtigung des individuellen Schmerzempfindens des Patienten versuchen wir, unnötige und ungewollte Schmerzen zu lindern. Aktiv unterstützen wir unsere Patienten im Umgang mit ihren Schmerzen. Unsere Therapie beruht auf einer Balance zwischen seinen Wünschen und unserem Wissen. Auch andere unangenehme Begleiterscheinungen von Erkrankungen und Behandlungen wie Übelkeit und Luftnot versuchen wir zu vermeiden.

Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung ihrer Würde, zur Stärkung ihres durch Krankheit oft ohnehin eingeschränkten Selbstwertgefühls und ihrer Autonomie.



Umgang mit Patienten am Lebensende und nach dem Tod

Eine sorgfältige Festlegung der Therapieziele gewinnt am möglichen Ende des Lebens eine besondere Bedeutung

Der Übergang zwischen komplizierten Krankheitsverläufen und beginnender Sterbesituation stellt sich oft unklar dar. Den daraus resultierenden Konflikten stellen wir uns aktiv. Die Unabsehbarkeit der Krankheitsverläufe verlangt eine fortlaufende Überprüfung einmal getroffener Entscheidungen im Rahmen festgelegter Strukturen. Ergebnis des jeweiligen Diskussionsprozesses ist eine klare, dokumentierte Entscheidung, die in einem angemessenen Rahmen getroffen wird. In diese Entscheidung fließen die Empfindungen, Erfahrungen und das Wissen des therapeutischen Teams und bei Bedarf ethisch besonders geschulter weiterer Mitarbeiter ein. Dabei bemühen wir uns um einen Konsens aller Beteiligten.

Sterbebegleitung ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit

Sterbenden Patienten und ihnen nahe stehenden Menschen gestalten wir eine würdevolle, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Situation. Dabei respektieren wir Wünsche, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

Mit dem Körper des verstorbenen Patienten gehen wir jederzeit sorgsam um

Entsprechend den Regeln der verschiedenen Kulturkreise ermöglichen wir einen würdevollen Abschied von verstorbenen Patienten. Dazu gehört das zeitnahe Führen eines Abschlussgespräches mit den Angehörigen und nahen Menschen.

Mit dem Körper des verstorbenen Patienten gehen wir jederzeit sorgsam um. In Abwägung zwischen dem fachlichen Interesse an einer Bestätigung der Diagnose und Therapiewirksamkeit und dem Wunsch nach einem unversehrten Leichnam empfehlen wir – wo angemessen – den Angehörigen die Einwilligung in eine Obduktion.

Organspende befürworten wir. Bei der individuellen Entscheidung zur Organentnahme beachten und respektieren wir den explizit geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten oder seiner Familie bzw. ihm nahe stehenden Menschen.





STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT TEIL A

Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Kontaktdaten

Name	Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg
Zusatzbezeichnung	Sana Krankenhaus Templin
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-201
Telefax	03987 42-249
E-Mail	k.raschke@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261201221

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH
Art	privat

A-5

Akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus? Nein

A-6

Organisationsstruktur des Krankenhauses

Abteilung/Organisationseinheit	Ansprechpartner/Kontakt
Innere Medizin	Dr. med. Eckard Moos Telefon: 03987 42-240 Chefarzt
Chirurgische Abteilung	Dr. med. Hans Peter Conrad Telefon: 03987 42-265 Chefarzt
Anästhesie/Intensivmedizin	Dr. med. Ronald Lambrecht Telefon: 03987 42-210 Chefarzt
Pädiatrie	Dr. med. Ruth Mähl Telefon: 03987 42-220 Chefärztin
Pflegedienst	Sven Schönfeld Telefon: 03987 42-290 Pflegedirektor
gynäkologisch/geburtshilfliche Abteilung	Dipl.-Med. Carsten Haug Telefon: 03987 42-250 Chefarzt

A-7

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

A-9

Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nummer	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP04	<p>Atemgymnastik</p> <p>Durch qualifizierte Krankengymnasten wird prae- und postoperativ Atemgymnastik durchgeführt.</p>
MP07	<p>Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter</p> <p>Der Sozialdienst bezieht sich in seiner Tätigkeit auf die aktuellen, persönlichen und sozialen Probleme der Patienten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen. Der Sozialdienst übernimmt die Steuerungsfunktion bei sektorenübergreifender Patientenversorgung in Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen je nach Schwerpunkt der Versorgung, Thematik oder Problematik, d.h. im Rahmen des auf ganzheitliche Versorgung des Patienten ausgerichteten Entlassungsmanagements. Der Sozialdienst ist von Montag bis Freitag telefonisch erreichbar.</p>
MP13	<p>Diabetiker-Schulung</p> <p>Patienten mit Diabetes werden durch besonders qualifizierte Mitarbeiter individuell unterwiesen und unterliegen einem spezialisierten Gruppen-Schulungsprogramm. Diese Angebote nutzen auch ambulante Patienten.</p>
MP14	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p>Individuelle Diät- und Ernährungsberatung wird durch eine ausgebildete Diätberaterin angeboten. Spezielle ärztlich angeordnete Kostformen oder Diäten werden in der hauseigenen Diätküche frisch zubereitet.</p>
MP15	<p>Entlassungsmanagement</p> <p>Ein strukturiertes Entlassungsmanagement gemäß dem nationalen Expertenstandard befindet sich im Aufbau. Der Sozialdienst koordiniert mit allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen die Entlassung oder die Überleitung in andere Versorgungsbereiche.</p>
MP19	<p>Geburtsvorbereitungskurse</p> <p>Durch freiberufliche Hebammen werden regelmäßig in den Räumlichkeiten des Krankenhauses Geburtsvorbereitungskurse angeboten.</p>
MP22	<p>Kontinenztraining/Inkontinenzberatung</p> <p>Durch besondere Schulungsprogramme werden durch die Mitarbeiter der Physiotherapie unter ärztlicher Leitung von CA DM Carsten Haug Kurse zur Inkontinenzprophylaxe angeboten. Diese finden regelmäßig in den Räumen des Krankenhauses statt.</p>
MP32	<p>Physiotherapie/Krankengymnastik</p> <p>In großzügig modern gestalteten Räumlichkeiten werden alle gängigen Verfahren und Therapieangebote einer zeitgemäßen Krankengymnastik sichergestellt. Die Behandlung der stationären Patienten erfolgt an 7 Tagen in der Woche.</p>
MP37	<p>Schmerztherapie/-management</p> <p>Eine Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivtherapie führt postoperativ Schmerzkonsile durch und verabreicht nach ärztlicher Anordnung Schmerzmedikation, so dass wir den Patienten ein modernes Schmerzmanagement anbieten können.</p>

>>

>> MP43	<p>Stillberatung</p> <p>Durch die Beleghebammen wird eine an den Mutter- Kindbedürfnissen orientierte Stillberatung im Haus angeboten.</p>
MP45	<p>Stomatherapie und -beratung</p> <p>Durch Kooperationspartner wird eine adäquate Stomatherapie und Beratung sichergestellt.</p>
MP47	<p>Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> <p>Durch die ortsansässigen Sanitätshäuser ist eine zeitnahe Versorgung mit allen notwendigen Hilfsmitteln gewährleistet. Die Koordination wird durch den Sozialdienst und die Stationsleitungen übernommen.</p>
MP50	<p>Wochenbettgymnastik</p> <p>Auch im Wochenbett unterstützen unsere Physiotherapeuten die Mütter.</p>
MP51	<p>Wundmanagement</p> <p>Auch durch speziell ausgebildete Wundmanager wird eine zeitgemäße und moderne Wundbehandlung ermöglicht.</p>
MP52	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p>Die Koordination mit den ortsansässigen Selbsthilfegruppen findet durch den Sozialdienst des Hauses statt. Dieser übernimmt ebenfalls die Kontaktaufnahme zwischen Patient/Angehörigen und den Selbsthilfegruppen.</p>

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nummer	Serviceangebot
SA01	<p>Aufenthaltsräume</p> <p>In allen Stationen finden die Patienten, Angehörigen und Besucher Aufenthaltsräume, die zum Verweilen einladen. In den Räumen finden Sie Gesellschaftsspiele und ausgewählte Literatur.</p>
SA03	<p>Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle</p> <p>In allen Stationen stehen den Patienten Einbettzimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.</p>
SA06	<p>Rollstuhlgerechte Nasszellen</p> <p>Mobilitätseingeschränkte Patienten haben die Möglichkeit, Nasszellen mit entsprechender Ausstattung zu nutzen, die sich in jeder Station befinden.</p>
SA07	<p>Rooming-In</p> <p>Zum selbstverständlichen Angebot des Krankenhauses gehört Rooming-In.</p>
SA09	<p>Unterbringung Begleitperson</p> <p>In allen Stationen erhalten Begleitpersonen die Möglichkeit auf Wunsch und gegen Entgelt in den Patientenzimmern mit untergebracht zu werden.</p>

>>

>> SA14	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Alle Patientenzimmer sind mit Fernsehgeräten ausgestattet, die kostenfrei genutzt werden können. Die dazu benötigten Kopfhörer sind auch im Krankenhaus käuflich zu erwerben.</p>
SA17	<p>Rundfunkempfang am Bett Über einen Medienanschluss an jedem Patientenbett steht auch der Radioempfang mit ausgewählten Sendern zur Verfügung.</p>
SA18	<p>Telefon Als selbstverständliches Angebot wird den Patienten an jedem Bett ein Telefon angeboten. Die dafür benötigte kostenpflichtige Karte erhalten die Patienten an einem Automaten. Die Mitarbeiter der Information sind bei Fragen gerne behilflich.</p>
SA20	<p>Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) Zwischen Menüs können die Patienten auswählen, wobei eine Mahlzeit vegetarisch ist. Im Kostformkatalog sind die zahlreichen Diäten hinterlegt, die nach ärztlicher Anordnung verabreicht werden.</p>
SA21	<p>Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser) Wir bieten den Patienten in allen Stationen und Funktionsbereichen kostenfrei Mineralwasser an. Selbstverständlich können weitere Getränke, wie zum Beispiel unterschiedliche Teesorten und Kaffee angefordert werden.</p>
SA23	<p>Cafeteria Im Eingangsbereich des Krankenhauses befindet sich eine Cafeteria, die zahlreiche Snacks, Getränke und Kuchen anbietet. Die Cafeteria ist an sieben Tagen in der Woche geöffnet.</p>
SA28	<p>Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten Die im Eingangsbereich befindliche Cafeteria bietet auch zahlreiche Artikel des täglichen Bedarfs, wie z.B. Hygieneartikel und Zeitschriften.</p>
SA30	<p>Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten Klinikeigene Parkplätze stehen kostenfrei in unmittelbarer Nähe des Haupteinganges zur Verfügung. Direkt vor dem Haupteingang befinden sich Behindertenparkplätze. Eine Bushaltestelle befindet sich in näherer Umgebung zum Krankenhaus.</p>
SA34	<p>Rauchfreies Krankenhaus Das Krankenhaus ist für Mitarbeiter, Patienten und Besucher rauchfrei. Dennoch bieten wir Rauchern ausgewiesene Plätze außerhalb der Gebäude an.</p>
SA41	<p>Dolmetscherdienste Fremdsprachkundige Mitarbeiter stehen als Dolmetscher zur Verfügung. Patientenaufklärungsbögen stehen in mehreren Fremdsprachen zur Verfügung.</p>
SA42	<p>Seelsorge Schon bei der administrativen Aufnahme wird erfragt, ob seelsorgerischer Beistand gewünscht wird, dies wird entsprechend dokumentiert und durch die Mitarbeiter der Stationen und Bereiche werden Kontakte hergestellt. Zwei bis dreimal wöchentlich besucht der ortsansässige evangelische Pfarrer seine Gemeindeglieder im Krankenhaus.</p>
SA15	<p>Internetanschluss am Bett/im Zimmer Jedes Patientenbett bietet die Möglichkeit für einen Internetzugang. Die Kosten werden über die Telefontkarte verrechnet.</p>

>>

>> SA19	<p>Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer In jedem Patientenschrank im Zimmer befindet sich ein abschließbares Wertfach. Im Rahmen des pflegerischen Erstgespräches werden die Patienten informiert, dass sie selbst für ihre Wertsachen Sorge tragen mögen. Diese Informationsweitergabe wird in der Pflegeanamnese dokumentiert.</p>
SA24	<p>Faxempfang für Patienten Zwei Faxgeräte, die zentral zugänglich sind, stehen auch den Patienten zur Verfügung.</p>
SA33	<p>Parkanlage Auf Grund der zentralen Lage im Stadtkern stehen für die Patienten und Besucher nur einige Grünflächen innerhalb des Krankenhausgeländes zur Verfügung. Fußläufig gut zu erreichen ist der Templiner See.</p>
SA10	<p>Zwei-Bett-Zimmer In jeder Station stehen den Patienten Zweibettzimmer zur Verfügung, die neben einem gemütlichen Ambiente auch ein WC und Waschbecken bieten.</p>

A-12

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

131

A-13

Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	5075
Ambulante Fallzahl	
Fallzählweise	7474

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT TEIL B

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Datenschutzhinweis:

Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle angegeben.

Aus Datenschutzgründen sind in Tabelle C-1.1 keine Fallzahlen < 20 Fälle angegeben.

B-1 Innere Medizin

B-1.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Innere Medizin
FA-Schlüssel §301 SGB V	0100 – Innere Medizin

Kontaktdaten

Chefarzt	Dr. med. Eckard Moos
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-0
E-Mail	e.moos@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

B-1.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nummer	Versorgungsschwerpunkte
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]

>>

INNERE MEDIZIN

>>	VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)
	VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
	VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VI20	Intensivmedizin
	VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VI27	Spezialprechstunde

B-1.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	2319
----------------------------	------

B-1.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Bezeichnung
1	I20	152	Anfallartige Schmerzen in der Herzgegend mit Beengungsgefühl (=Angina pectoris)
2	I50	109	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
3	I48	103	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)
4	F10	97	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
5	R55	79	Anfallsartige, kurz dauernde Bewusstlosigkeit (=Ohnmacht) und Zusammen-sinken
6	I21	76	Frischer Herzinfarkt
7	I10	70	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache

>>

INNERE MEDIZIN

>>

8	G45	62	Kurzzeitige Hirndurchblutungsstörung mit neurologischen Funktionsstörungen oder verwandte Syndrome
9	N39	56	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)
10	E11	52	Alterszucker (=Typ 2 Diabetes mellitus, nicht von Anfang an mit Insulinabhängigkeit)
11	J44	48	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegswiderstand
12	J18	45	Lungenentzündung durch unbekanntem Erreger
13	I63	42	Hirnfarkt
14	K52	41	Sonstige Magen-Darm Entzündungen ohne infektiöse Ursache
15	R07	41	Hals- oder Brustschmerzen
16	M54	33	Rückenschmerzen
17	J20	30	Akute Entzündung der Bronchien
18	G40	28	Anfallsleiden (=Epilepsie)
19	H81	25	Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven (meist in Form von Gleichgewichtsstörungen)
20	K56	23	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung oder eines Passagehindernisses
21	K29	23	Magen- oder Zwölffingerdarmentzündung
22	N23	22	Nierenkolik
23	I47	22	Anfallartiges Herzjagen
24	A41	22	Sonstige Blutvergiftung
25	Z03	21	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
26	K59	20	Sonstige Darmfunktionsstörungen
27	K70	20	Krankheit der Leber durch Alkohol (z.B. Fettleber oder Leberentzündung)
28	I64	19	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
29	R56	19	Krämpfe (v.a. Fieberkrämpfe)
30	R42	19	Schwindel oder Taumel

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-1.7

Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	8-930	527	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
2	1-632	384	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes
3	8-800	181	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen

INNERE MEDIZIN

4	1-650	118	Dickdarmspiegelung
5	1-207	98	Aufzeichnung der Gehirnströme (EEG)
6	8-831	64	Legen, Wechsel oder Entfernung eines Katheters in Venen, die direkt zum Herzen führen
7	1-440	64	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge oder der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
8	3-052	54	Ultraschalldiagnostik des Herzens mit Zugang durch die Speiseröhre
9	8-640	48	Externe Elektroschocktherapie des Herzrhythmus
10	8-931	44	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
11	1-444	42	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) bei einer Spiegelung
12	8-390	34	Lagerungsbehandlung
13	8-810	31	Transfusion von Blutplasma, Blutplasmabestandteilen oder gentechnisch hergestellten Plasmaeiweißen
14	8-701	24	Einfache Einführung einer kurzen Schlauches (=Tubus) in die Luftröhre zur Offenhaltung der Atemwege
15	8-919	20	Komplexe Akutschmerzbehandlung
16	8-542	19	Nicht komplexe Chemotherapie
17	1-424	18	Entnahme einer Gewebeprobe aus dem Knochenmark
18	8-771	13	Herzwiederbelebung
19	5-429	12	Sonstige Operationen an der Speiseröhre (z.B. Operation von Speiseröhrenkrampfadern, Ballonaufdehnung der Speiseröhre)
20	8-020	11	Therapeutische Einspritzung (=Injektion) in Organe und Gewebe

B-1.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung	Art der Ambulanz
Coloskopie	curative und präventive Coloskopie	ambulantes Operieren und Ermächtigung
Hämatologie/Onkologie	Diagnostik und Therapie von Blut- und Krebserkrankungen	Ermächtigung

INNERE MEDIZIN

B-1.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	1-650	444	Dickdarmspiegelung

B-1.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden?	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden?	Nein

B-1.11

Apparative Ausstattung

Nummer	Vorhandene Geräte	24h-Notfallverfügbarkeit
AA03	Belastungs-EKG/Ergonomie	
AA08	Computertomograph (CT)	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA12	Endoskop	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung	

INNERE MEDIZIN

B-1.12

Personelle Ausstattung

Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,47 Vollkräfte
Davon Fachärzte	5,33 Vollkräfte
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen

Fachexpertise der Abteilung

Nummer	Facharztqualifikation
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin

Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte
Pflegekräfte insgesamt	38,76 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	33,50 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0,58 Vollkräfte Diabetesassistentin DDG

Spezielles therapeutisches Personal

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal
SP04	Diätassistenten
SP24	Psychotherapeuten

B-2 Allgemeinchirurgie und Traumatologie

B-2.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Allgemeinchirurgie und Traumatologie
FA-Schlüssel §301 SGB V	1500 – Allgemeine Chirurgie

Kontaktdaten

Chefarzt	Dr. med. Hans Peter Conrad
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-120
E-Mail	hp.conrad@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

B-2.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nummer	Versorgungsschwerpunkte
VC13	Operationen wg. Thoraxtrauma
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/offenes Bein)
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie

>>

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

>>	VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC24	Tumorchirurgie
	VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC28	Gelenkersatzverfahren/Endo-Prothetik
	VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC30	Septische Knochenchirurgie
	VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VC57	Plastisch rekonstruktive Eingriffe
	VC58	Spezialsprechstunde

B-2.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	1244
----------------------------	------

B-2.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Bezeichnung
1	K35	130	Akute Blinddarmentzündung
2	S06	99	Verletzungen innerhalb des Schädels (v.a. Gehirnerschütterung)

>>

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

>>	3	K80	79	Gallensteinleiden
	4	S82	64	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
	5	K40	61	Leistenbruch
	6	S52	46	Knochenbruch des Unterarmes
	7	S72	32	Oberschenkelbruch
	8	M20	27	Erworbene (d.h. nicht angeborene) Verformung der Finger und Zehen
	9	M22	22	Krankheiten der Kniescheibe
	10	S42	22	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes
	11	K43	21	Eingeweidebruch (=Hernie) an der mittleren/seitlichen Bauchwand
	12	E04	21	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z.B. wegen Jodmangel)
	13	S83	20	Ausrenken, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken oder Bändern des Kniegelenkes
	14	K56	20	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung oder eines Passagehindernisses
	15	M23	19	Binnenschädigung des Kniegelenkes (v.a. Meniskusschäden)
	16	I83	17	Krampfadern an den Beinen
	17	R10	17	Bauch- oder Beckenschmerzen
	18	N47	16	Verengung der Vorhaut am Penis
	19	E11	15	Alterszucker (=Typ 2 Diabetes mellitus, nicht von Anfang an mit Insulinabhängigkeit)
	20	S22	15	Bruch der Rippe(n), des Brustbeins oder der Brustwirbelsäule
	21	L05	14	Äußere blind endende Fistel in der Mittellinie der Kreuz-Steißbein-Region
	22	C18	14	Dickdarmkrebs
	23	S62	13	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes oder der Hand
	24	I84	13	Hämorrhoiden (=knotenförmige Erweiterung bzw. Zellvermehrung des Mastdarmschwellkörpers)
	25	M17	12	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
	26	S70	12	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels
	27	S32	12	Bruch der Lendenwirbelsäule oder des Beckens
	28	T81	12	Komplikationen während/infolge eines medizinischen Eingriffes (z.B. Blutungen, Schock, Infektionen)
	29	K42	11	Nabelbruch
	30	L03	11	Flächenhafte eitrige Entzündung der Unterhaut mit infiltrativer Ausbreitung (=Phlegmone)

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-2.7

Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	5-470	135	Blinddarmentfernung
2	8-930	97	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
3	5-893	95	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
4	5-511	79	Gallenblasenentfernung
5	5-788	72	Operationen an den Mittelfußknochen oder den Zehengliedern
6	5-469	66	Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten)
7	5-812	65	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
8	5-530	61	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten
9	8-919	58	Komplexe Akutschmerzbehandlung
10	8-800	55	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen
11	5-790	52	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externe
12	8-831	48	Legen, Wechsel oder Entfernung eines Katheters in Venen, die direkt zum Herzen führen
13	5-810	45	Wiederholungsoperation am Gelenk mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
14	5-916	43	Vorübergehende Weichteildeckung
15	8-931	42	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
16	5-787	40	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
17	5-892	40	Sonstige Operationen mit Einschneiden der Haut und Unterhaut (z.B. Entfernung eines Fremdkörpers, Implantation eines Medikamententrägers)
18	5-794	39	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externer Fixateur)
19	5-455	32	Teilweise Entfernung des Dickdarmes
20	1-632	30	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes
21	5-811	29	Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
22	8-390	29	Lagerungsbehandlung

>>

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

>>	23	5-900	25	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut (z.B. durch Naht)
	24	1-650	25	Dickdarmspiegelung
	25	5-921	25	Chirurgische Wundreinigung an der Haut bei Verbrennungen und Verätzungen
	26	5-894	23	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
	27	5-804	23	Offene Operationen an der Kniescheibe
	28	5-062	23	Operation an der Schilddrüse mit teilweiser Schilddrüsenentfernung (z.B. operative Entfernung von erkranktem Gewebe)
	29	5-793	22	Stellungskorrektur eines einfachen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
	30	5-536	21	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Bereich einer Operationsnarbe austreten

B-2.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung	Art der Ambulanz
Ambulanz	prästationäre Sprechstunde	Chirurgie/Gynäkologie
Ambulanz	Proktologie-Sprechstunde	Fußchirurgie

B-2.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	5-787	63	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
2	5-812	56	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
3	5-810	41	Wiederholungsoperation am Gelenk mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
4	5-811	38	Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
5	5-056	38	Operation mit Auflösung von Nervenzellen oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)
6	5-841	17	Operationen an Bändern der Hand

>>

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

>>	7	5-849	10	Andere Operationen an der Hand
	8	5-840	9	Operationen an Sehnen der Hand
	9	5-788	8	Operationen an den Mittelfußknochen oder den Zehengliedern
	10	5-385	8	Unterbindung, Entfernen oder Herausziehen von Krampfadern

B-2.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden?	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden?	Ja

B-2.11

Apparative Ausstattung

Nummer	Vorhandene Geräte	24h-Notfallverfügbarkeit
AA08	Computertomograph (CT)	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA12	Endoskop	
AA20	Laser	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	

B-2.12

Personelle Ausstattung

Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,33 Vollkräfte
Davon Fachärzte	3,75 Vollkräfte
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

Fachexpertise der Abteilung

Nummer	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte
Pflegekräfte insgesamt	28,70 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	28,70 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	14,62 Vollkräfte Staatl. anerkannte Krankenschwester/-pfleger für den OP-Dienst und für Intensivmedizin und Anästhesiologie

Spezielles therapeutisches Personal

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal
SP21	Physiotherapeuten

B-3 Gynäkologie und Geburtshilfe

B-3.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Gynäkologie und Geburtshilfe
FA-Schlüssel §301 SGB V	2400 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kontaktdaten

Chefarzt	Dipl.-Med. Carsten Haug
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-250
E-Mail	c.haug@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

B-3.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nummer	Versorgungsschwerpunkte
VG05	Endoskopische Operationen (Laparoskopie, Hysteroskopie)
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen

>>

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

>>	VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG15	Spezialsprechstunde

B-3.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	1003
----------------------------	------

B-3.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Bezeichnung
1	Z38	217	Lebendgeborene(r) Säugling(e)
2	D25	62	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskelatur (=Myom)
3	N39	44	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)
4	O70	43	Dammriss unter der Geburt
5	O62	39	Abnorme Wehentätigkeit
6	N81	33	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheidenöffnung
7	O64	33	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- oder Einstellungsunregelmäßigkeit des ungeborenen Kindes
8	O80	29	Spontangeburt eines Einlings
9	O42	26	Vorzeitiger Blasensprung
10	N85	26	nichtentzündliche Krankheiten der Gebärmutter
11	N84	20	Gewächs des weiblichen Genitaltraktes
12	N92	19	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
13	N83	19	Nichtentzündliche Krankheiten der Eierstöcke, der Eileiter oder der Gebärmutterbänder (v.a. Eierstockzysten)
14	O60	17	Vorzeitige Wehen
15	N80	17	Gutartige Wucherung von Gebärmutter Schleimhaut-Zellen außerhalb der Gebärmutter Schleimhaut
16	O65	15	Geburtshindernis durch außergewöhnliche Anatomie des mütterlichen Beckens

>>

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

>>	17	O63	14	Sich in die Länge ziehende Geburt (=Protrahierte Geburt)
	18	O20	13	Blutung in der Frühschwangerschaft (z.B. drohende Fehlgeburt)
	19	O14	13	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck
	20	D27	12	Gutartige Geschwulst der Eierstöcke

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	9-262	217	Versorgung von Neugeborenen nach der Geburt (speziell Risikoneugeborene, erkrankte Neugeborene)
2	5-690	127	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter
3	9-260	94	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
4	5-683	84	Operative Entfernung der Gebärmutter
5	9-261	75	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
6	1-672	73	Spiegelung der Gebärmutter
7	5-681	48	Entfernung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
8	5-738	47	Erweiterung des Scheideneingangs durch teilweise Dammdurchtrennung oder Naht
9	5-704	44	Plastisch-operative Scheideneinengung bei Genitalvorfall durch vordere/hintere Raffnaht oder Stabilisierung des muskulären Beckenbodens durch Beckenbodenplastik
10	1-694	41	Spiegelung des Bauchraums und seiner Organe
11	5-593	41	Transvaginale Zügeloperation
12	8-919	36	Komplexe Akutschmerzbehandlung
13	5-749	33	Sonstige Schnittentbindung (=Kaiserschnitt) (z.B. in der Misgav-Ladach-Operationstechnik)
14	5-653	26	Operative Entfernung des Eileiters und der Eierstöcke
15	5-740	25	Klassische Schnittentbindung (=Kaiserschnitt)
16	5-469	24	Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten)
17	5-758	21	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss nach der Geburt
18	5-728	19	Entbindung mit Hilfe der Saugglocke
19	8-930	16	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
20	1-661	16	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	5-751	177	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
2	5-690	163	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter
3	1-672	137	Spiegelung der Gebärmutter
4	1-471	27	Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter Schleimhaut ohne Einschneiden (z.B. Strickkürrettage)
5	1-472	18	Entnahme einer Gewebeprobe von der Gebärmutter
6	5-711	17	Operationen an der Bartholin-Drüse
7	5-681	9	Entfernung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
8	5-691	≤ 5	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter
9	5-582	≤ 5	Entfernung von erkranktem Gewebe der Harnröhre
10	5-663	≤ 5	Sterilisationsoperation

B-3.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden?	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden?	Nein

B-3.11

Apparative Ausstattung

Nummer	Vorhandene Geräte	24h-Notfallverfügbarkeit
AA03	Belastungs-EKG/Ergonomie	
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	
AA08	Computertomograph (CT)	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

>>	AA12	Endoskop
	AA20	Laser
	AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)
	AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät
	AA33	Uroflow/Blasendruckmessung

B-3.12

Personelle Ausstattung

Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,04 Vollkräfte
Davon Fachärzte	1 Vollkraft
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen

Fachexpertise der Abteilung

Nummer	Facharztqualifikation
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte
Pflegekräfte insgesamt	8,96 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	8,96 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	1 Vollkraft Fachhebamme

Spezielles therapeutisches Personal

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal
SP21	Physiotherapeuten

B-4 Pädiatrie

B-4.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Pädiatrie
FA-Schlüssel §301 SGB V	1000 – Pädiatrie

Kontaktdaten

Chefarzt	Dr. med. Ruth Mähl
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-220
E-Mail	r.maehl@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

Art der Abteilung	Hauptabteilung
--------------------------	----------------

B-4.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nummer	Versorgungsschwerpunkte
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK25	Neugeborenencreening (Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom)

PÄDIATRIE

B-4.5

Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl	509
----------------------------	-----

B-4.6

Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Bezeichnung
1	J20	72	Akute Entzündung der Bronchien
2	A09	49	Durchfall oder Magendarmentzündung, vermutlich infektiösen Ursprungs
3	J06	47	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen der oberen Atemwege (z.B. Kehlkopf-Rachenentzündung)
4	G40	34	Anfallsleiden (=Epilepsie)
5	K52	30	Sonstige Magen-Darm Entzündungen ohne infektiöse Ursache
6	E86	24	Flüssigkeitsmangel
7	J03	21	Akute Mandelentzündung
8	A08	19	Virusbedingte oder sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
9	N39	10	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)
10	J18	10	Lungenentzündung durch unbekanntem Erreger

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-4.7

Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1	8-930	127	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
2	1-207	109	Aufzeichnung der Gehirnströme (EEG)
3	9-262	16	Versorgung von Neugeborenen nach der Geburt (speziell Risikoneugeborene, erkrankte Neugeborene)

>>

PÄDIATRIE

>>	4	8-015	13	künstliche Ernährung über den Magen oder Darm als medizinische Hauptbehandlung
	5	8-390	10	Lagerungsbehandlung
	6	8-010	10	Gabe von Medikamenten, Flüssigkeit oder Mineralsalzen über das Blutgefäßsystem bei Neugeborenen
	7	8-560	9	Lichttherapie
	8	8-720	8	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen
	9	8-120	7	Magenspülung
	10	1-204	6	Untersuchung des Hirnwasserräume (=Liquorsystem)

B-4.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung	Art der Ambulanz
EEG-Ambulanz bis 18. Lebensjahr	Ableitung Hirnstrombild mit Provokation	Ermächtigung

B-4.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu/entfällt

B-4.10

Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden?	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden?	Nein

PÄDIATRIE

B-4.11

Apparative Ausstattung

Nummer	Vorhandene Geräte	24h-Notfallverfügbarkeit
AA03	Belastungs-EKG/Ergonomie	
AA08	Computertomograph (CT)	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät	

B-4.12

Personelle Ausstattung

Ärzte

	Anzahl
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1 Vollkraft
Davon Fachärzte	1 Vollkraft
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen

Fachexpertise der Abteilung

Nummer	Facharztqualifikation
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie - Weiterbildungsbefugnis beantragt)

PÄDIATRIE

Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte
Pflegekräfte insgesamt	8,96 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	8,96 Vollkräfte
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	1 Vollkraft

Spezielles therapeutisches Personal

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal
SP21	Physiotherapeuten



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT TEIL C

Qualitätssicherung

C-1.1

Qualitätssicherung BQS-Verfahren: Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Ambulant erworbene Pneumonie	176	97%
Cholezystektomie	173	94%
Geburtshilfe	246	97%
Gynäkologische Operationen	156	100%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	54	80%
Gesamt	805	96%

Die abgebildeten Daten beziehen sich auf das Sana Krankenhaus Gransee sowie das Sana Krankenhaus Templin.

QUALITÄTSSICHERUNG

C-1.2 A

Vom gemeinsamen Bundesausschuß als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

C-1.2 A.I

Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung Strukt. Dialog
Gallenblasenentfernung: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	1
Gallenblasenentfernung: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	8
Geburtshilfe: Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	8
Geburtshilfe: Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	8
Frauenheilkunde: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	8
Frauenheilkunde: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	8

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich

1 = Ergebnis wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

6 = Ergebnis wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft

2 = Ergebnis wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/Erläuterung
96,5 - 100	99,4 (Prozent)	161 / 162	= 100%	
0,6 - 9,8	3,4 (Prozent)	Zähler oder Nenner ≤ 5	≤ 1,5%	
2,5 - 100	100 (Prozent)	Zähler oder Nenner ≤ 5	≥ 95%	
0 - 100	50,0 (Prozent)	Zähler oder Nenner ≤ 5	≥ 95%	Es lag kein Fall vor.
91,8 - 99,8	97,7 (Prozent)	85 / 87	≥ 90%	
90,5 - 99,7	97,3 (Prozent)	73 / 75	≥ 95%	

3 = Ergebnis wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet

4 = Ergebnis wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet

5 = Ergebnis wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft

9 = Sonstiges (In diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen.)

0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

QUALITÄTSSICHERUNG

C-1.2 A.II

Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung Strukt. Dialog
Gallenblasenentfernung: Klärung der Ursachen angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	0
Geburtshilfe: Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	0

Kommentar/Erläuterung

QUALITÄTSSICHERUNG

C-2

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Trifft nicht zu/entfällt

C-3

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

Trifft nicht zu/entfällt

C-5

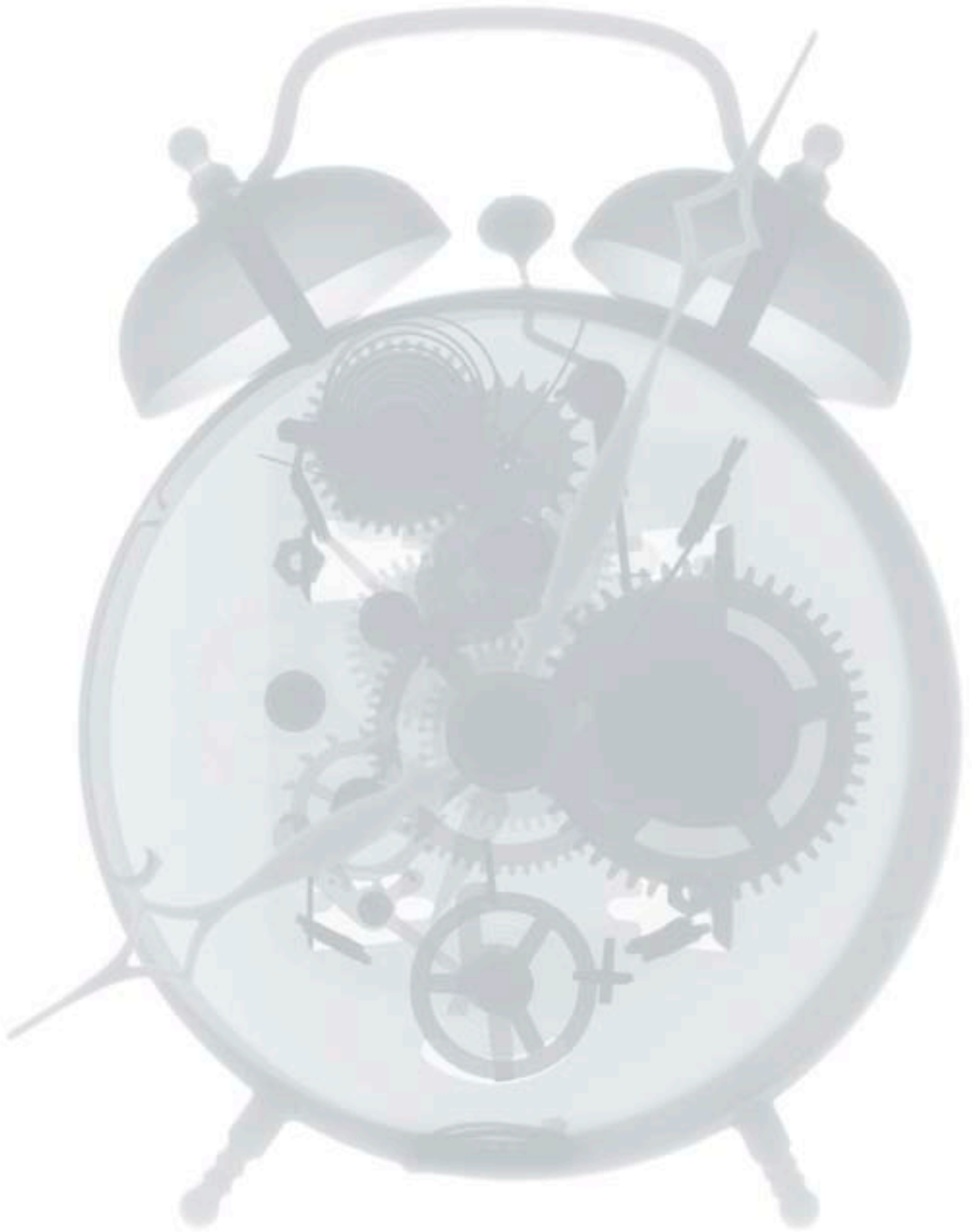
Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Trifft nicht zu/entfällt

C-6

Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Trifft nicht zu/entfällt



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT TEIL D

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

„Qualität ist die Erfüllung von berechtigten Erwartungen und Anforderungen.“

Dieses Leitmotto hat eine Wegweiserfunktion für alle Mitarbeiter. Seine Entwicklung setzt einen langfristigen Prozess in Gang, die Qualität der Leistungserbringer patientenorientiert, mitarbeiterorientiert und ökonomisch weiter zu entwickeln.

Unser Leitmotto umfasst folgende Kernaussagen:

- Die hohe Qualität der Patientenversorgung bildet die dauerhafte Grundlage unseres Geschäftserfolges
- Die Qualität unserer Arbeit überprüfen wir anhand der Arbeitsergebnisse und der Zufriedenheit der Empfänger unserer Leistungen
- Wir arbeiten kontinuierlich an der Verbesserung der Qualität
- Die Qualität unserer Arbeit lassen wir durch unabhängige Dritte überprüfen.

Die Strategische Steuerungsgruppe Qualitäts- und Risikomanagement ist das Steuerorgan der berufs- und abteilungsübergreifenden Qualitätsentwicklung der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg. Ausgerichtet wird die Arbeit der Steuerungsgruppe nach den Grundlagen des EFQM-Modell für Excellence, den Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und den gesetzlichen Vorgaben.

Patientenorientierung

Es ist uns besonders wichtig, dass der Patient im Mittelpunkt der Behandlung steht. Die Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzte wird in regelmäßigen Befragungen ermittelt. Ehrenamtliche Patientenfürsprecher und Beschwerdemanager sind in der Klinik tätig. Ein Beschwerde-Feedbacksystem ist etabliert. Die Anregungen und Beschwerden werden ernst genommen und unser Handeln danach ausgerichtet. Der Ausbau der Serviceleistungen und des Hotelstandards orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten und findet in zahlreichen Ausbauten und Modernisierungen der Stationen ihren Ausdruck. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird systematisch gepflegt. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes fungieren als Ansprechpartner. Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems der Organisation. Die Vermittlung der Qualitätspolitik/Qualitätsziele erfolgt durch die Geschäftsführung. Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung sind die Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement, die Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtung, die Krankenhausleitung, Chefärzte und Stationsleitungen verantwortlich.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Mitarbeiterorientierung

Unser Ziel ist es, durch eine systematische Personalbedarfsplanung die Patientenversorgung rund um die Uhr sicherzustellen. Die Planung erfolgt jährlich und berücksichtigt Anforderungen der einzelnen Abteilungen, die Entwicklung personalwirtschaftlicher Kennzahlen und des Budgets. Wir möchten unsere Mitarbeiter (langfristig) für die sich wandelnden beruflichen Anforderungen qualifizieren. Dazu bieten wir ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm an. Die Aufgaben, Kompetenzen und Zuständigkeiten sind für einen Großteil der Arbeitsplätze in Tätigkeitsbeschreibungen festgelegt. Wir bieten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle an, bei denen wir soweit wie möglich auf die Wünsche der Mitarbeiter eingehen. Mit der Unterstützung des Betriebsrates wurde im Dezember 2006 eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, die Ergebnisse und der daraus abzuleitende, mit dem Betriebsrat abgestimmte Maßnahmenkatalog wird im Sommer 2007 präsentiert. Es ist sehr erwünscht, dass Mitarbeiter ihre Ideen, Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge aktiv einbringen, die Vorgesetzten und die Krankenhausleitung sind bis zur Implementierung eines Mitarbeiterfeedbacksystems im Jahre 2007 die Ansprechpartner.

Es sind verschiedene Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel und Projektgruppen eingerichtet, in denen Mitarbeiter ihre Ideen und Anregungen zur Qualitäts- und damit zur Unternehmensentwicklung einbringen können. Das Projektmanagement als Teil des Qualitätsmanagement ist durch eine Verfahrensanweisung geregelt.

Wettbewerbsorientierung und Wirtschaftlichkeit

Das Management und die Belegschaft konnten die positive Entwicklung des Unternehmens weiter vorantreiben. Der rationale Umgang mit finanziellen, personellen und ökologischen Ressourcen dient der langfristigen Zukunftssicherung der Einrichtung. Die finanzwirtschaftlichen Kennzahlen werden regelmäßig mit den internen Leistungserbringern erörtert und in das Zielvereinbarungssystem integriert.

Zur ständigen Verbesserung der klinikinternen und externen Versorgungsprozesse führen wir jährlich Strategieworkshops durch. Die Ergebnisse werden protokolliert und in Dienstberatungen kommuniziert. Die Verbesserung der Prozesse, wie z.B. die Verweildauerentwicklung, die Patientenzufriedenheit, die Anzahl der Arbeitsunfälle werden regelhaft evaluiert. In den entsprechenden Gremien der Einrichtung werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe festgelegt und durchgeführt. Ein strukturiertes Berichtswesen befindet sich im Aufbau.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Die strategische Planung wird kontinuierlich weiterentwickelt. So gibt es im Sana Konzern ein einheitliches Modell für Jahres- und 5-Jahresplanungen. Die medizinische Zielplanung umfasst die Identifikation relevanter Daten und Informationen ebenso wie die Bewertung dieser Daten mit den Verantwortungsträgern und daraus abgeleitet einen Maßnahmenkatalog. So wird z.B. das Einweiserportfolio mehrfach jährlich erstellt und das Leistungsangebot im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich an die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt angepasst.

Risikomanagement

Zu unserer Qualitätspolitik gehört auch die Offenheit im Umgang mit Risiken und Fehlern. Unter Risiko verstehen wir die Gefahr, dass Ereignisse, Entscheidungen und Handlungen das Unternehmen daran hindern, definierte Ziele zu erreichen bzw. Strategien erfolgreich zu realisieren. Ein Fehler ist für uns ein nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes, unerwünschtes Ergebnis einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder unterlassenen Maßnahme.

Die klinischen und die damit verbundenen haftungsrechtlichen Risiken wurden durch die FHC (Funk Health Care Consulting GmbH) bewertet und ein Maßnahmenkatalog abgestimmt. Die ökonomischen Risiken werden quartalsweise eingeschätzt und nach Abstimmung und Bewertung an den Bereich Risikomanagement und Konzernrevision der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA weitergeleitet. Ein zentraler Risikomanagementausschuss ist etabliert, ein Risikomanagement-Handbuch wurde erstellt. Ein Risikomanagementsystem und die Etablierung eines CIRS (Critical Incident Reporting System) befinden sich im Aufbau.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Gemäß unserer Qualitätsdefinition, unseres Leitmottos: "Qualität ist die Erfüllung von berechtigten Erwartungen und Anforderungen" gehört es zu unserem Selbstverständnis, kontinuierlich und systematisch eine patienten- und mitarbeiterorientierte Organisationsentwicklung zu betreiben. Dazu gehört die Durchführung und Nutzung von Befragungen, die Verbesserung der organisierten Kommunikation intern und extern, die Weiterentwicklung geplanter Behandlungsabläufe und die Weiterentwicklung des Zielvereinbarungssystems, um nur einige Beispiele für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu nennen.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Kommunikation der Qualitätspolitik und die Vermittlung der Qualitätsziele erfolgt durch unterschiedliche Maßnahmen. So wird z.B. in Betriebsversammlungen über die Ergebnisse und die daraus abgeleitenden Maßnahmen aus Befragungen berichtet, in internen Gremien und Kommissionen ist der Tagesordnungspunkt Qualitätsmanagement obligat, durch interne Audits wird das Qualitätsmotto gelebt und durch das Sana Kliniken Berlin-Brandenburg Journal werden Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit regelmäßig über die Weiterentwicklung und die Verbesserungen informiert.

Ein umfassendes Qualitätsmanagement, also die systematische, geplante und zielgerichtete Weiterentwicklung der Qualität auf allen Ebenen ist ein zentrales Element unserer Unternehmenskultur.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele des Sana Krankenhausverbundes Nordbrandenburg leiten sich aus der Qualitätspolitik der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, dem Leitbild des Verbundes Nordbrandenburg und aus den Auswertungen von Befragungen ab.

Die Qualitätsziele sind ausgerichtet an einer kontinuierlich zu steigernden Zufriedenheit unserer Patienten, Kooperationspartner, Einweiser und Mitarbeiter sowie der Sicherung unserer Position in der Region. Eingebettet in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess soll mittels kleinerer und größerer Qualitätsverbesserungen die Gesamtqualität unserer Standorte Templin und Gransee stetig verbessert werden. Die Erreichung der Qualitätsziele wird durch die Krankenhausleitung und die Operative Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement gemessen, evaluiert und im Unternehmen kommuniziert. Die strategisch/operativen Ziele des Sana Krankenhausverbundes Nordbrandenburg sind:

Wirtschaftlichkeit des Verbundes

1. gezielter Einsatz personeller und materieller Ressourcen
2. Optimierung und Sicherung der Erlöse Kunden und Partner
3. Nachhaltige Zufriedenheit von Kunden und Partnern
4. Information der Kunden, Partner und Mitarbeiter zur Erhöhung des Sachverständnisses und der Verbesserung der Abläufe Prozessoptimierung
5. Verbesserung und Standardisierung der internen/externen Versorgungsprozesse
6. Förderung der internen und externen Kommunikation Innovation und Lernen

QUALITÄTSMANAGEMENT

7. Entwicklung und Integration innovativer Verfahren und Konzepte zur Verbesserung der Patientenbetreuung und Versorgung
8. zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter zur Verbesserung der Kompetenzen.

Zur Erreichung der Qualitätsziele wurden 2005 und 2006 strukturierte Befragungen durchgeführt. Aus den Ergebnissen dieser Befragungen wurden folgende Qualitätsziele für die nachfolgenden Befragungen 2008/2009 abgeleitet:

Erhöhung der Patientenzufriedenheit:

- mit dem Erfolg der Behandlung von 94% auf 96%
- mit der Entlassungsvorbereitung von 83% auf 88%

Erhöhung der Einweiserzufriedenheit:

- Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Behandlung von 77,8% auf 82%
- Zufriedenheit mit dem rechtzeitigen Erhalt des Arzt-Verlegungs-/Entlassungsberichtes von 83,8% auf 88%

Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit:

- mit der Zufriedenheit der Führungskultur von 56% auf 65%
- mit der Zufriedenheit der Zusammenarbeit von 69% auf 75%
- Erhöhung der Beteiligung an der Befragung von 28% auf 65%

Die Messung und Evaluation der Zielerreichung erfolgt auch durch kontinuierliche Befragungen, interne Audits, Auswertungen der Teilnahmen an Schulungen und Unterweisungen und strukturierter Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräche. Die organisierte Kommunikation der Qualitätsziele und des Zielerreichungsgrades erfolgt durch regelmäßige Informationen der Krankenhausleitung in den Gremien und Kommissionen des Verbundes.

QUALITÄTSMANAGEMENT

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Entwicklung eines umfassenden, systematischen Qualitätsmanagements ist ein fortlaufender Prozess. Sie ist ausgerichtet an den Vorgaben der Strategischen Steuerungsgruppe Qualitäts- und Risikomanagement der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg.

Mitglieder dieser Steuerungsgruppe sind die Geschäftsführung Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, die Direktoren bzw. kaufmännischen Leitung der Einrichtungen, die Leitungen der Personalabteilung, der Abteilung Finanzen, der Bereichsleiter Medizin, der Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement und der Gesamtbetriebsrat, vertreten durch den Vorsitzenden. Seit Januar 2006 wurde die Etablierung und Überwachung von Qualitätsmanagementsystemen im gesamten Unternehmen SBB zentral organisiert. Die Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement ist in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung verantwortlich und sorgt für die Verbesserung der Organisations-, Kommunikations-, Informations- und Führungsstrukturen.

Das Steuerungsorgan der berufs- und abteilungsübergreifenden Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg ist die Operative Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement. Die Mitglieder sind die kaufmännische Leitung, die leitende Chefärztin und ihre Vertretung, der Pflegedirektor, der Betriebsrat, vertreten durch die Vorsitzende und die Qualitätsmanagementbeauftragte, die in Personalunion die Abteilung Qualitätsmanagement der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg leitet.

Die Operative Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement formuliert im Rahmen der Qualitätspolitik die Qualitätsgrundsätze. Sie trifft alle notwendigen organisatorischen Regelungen zur Durchführung aller mit dem Qualitätsmanagement zusammenhängenden Maßnahmen, wie auch die Entscheidung über die Qualitätssicherung und die Maßnahmen zur Förderung des Qualitätsbewusstseins. Die Leitung obliegt der kaufmännischen Leitung des Verbundes, die eine Ausbildung zum „Internen Prozessbegleiter“ abgeschlossen hat. Die Aufgaben und Kompetenzen der QMB sind in einer Tätigkeitsbeschreibung festgeschrieben.

QUALITÄTSMANAGEMENT

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die Leitenden Mitarbeiter und besonders die Chefärzte priorisieren jene besonders kritischen, risikoreichen Verfahren, die in erster Linie die Qualität der Behandlung und die Sicherheit betreffen und veranlassen Verbesserungsmaßnahmen.

Mathematisch-statistische Methoden werden für ausgewählte Qualitätsindikatoren angewendet, wie z.B.

- monatliche, jährliche Statistik zur Finanzwirtschaft, Patientenzahl, Behandlungszahl, Behandlungsart u.a.
- im Krankenhaus erworbene Infektionen
- postoperative Komplikationen
- Transfusionszwischenfälle
- Erfassung des Pflegezeitaufwandes
- im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre (Decubitus)
- Stürze
- Schadensfälle
- Arbeitsunfälle, z.B. Nadelstichverletzungen

In regelmäßigen Abständen erfolgt im Sana-Verbund eine Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung.

Patientenbefragung

2005 wurde im Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg durch ein renommiertes Institut eine Patientenbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse 2006 mit den Ergebnissen der Befragung im Sana Konzern verglichen und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet wurden. Seit Jahren wird eine kontinuierliche interne Patientenbefragung zur Erhebung der Zufriedenheit durchgeführt. Jeder Patient erhält in seinen Aufnahmeunterlagen den Fragebogen („Ihre Rückmeldungen sind wichtig für uns“) und in allen Stationen und Bereichen sind Briefkästen aufgehängt, die mehrmals wöchentlich geleert werden. Neben den Briefkästen sind weitere Fragebogen vorrätig, um auch den Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit zur Meinungsäußerung zu geben. Wenn gewünscht, erhalten die Adressaten innerhalb von 8 Arbeitstagen eine Rückantwort auf ihre Anregungen, Hinweise oder Kritiken.

Die Auswertung erfolgt monatlich auf Abteilungsebene in anonymisierter Form und wird an die Klinikleitung, den Betriebsrat sowie die zuständigen Verantwortlichen der Bereiche weitergeleitet.

QUALITÄTSMANAGEMENT

In den Bereichen wird die Rückmeldung genutzt, um im Rahmen der Möglichkeiten kurzfristige Verbesserungen umzusetzen. In der operativen Steuerungsgruppe QM erfolgt die Bewertung der vierteljährlichen Auswertungen sowie die Initiierung von Verbesserungsprojekten und gezielten Einzelmaßnahmen.

Beschwerdemanagement

Die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH haben das Verfahren zum Feedback-/Beschwerdemanagement im Februar 2007 einheitlich für alle Kliniken in einer übergeordneten Verfahrensanweisung geregelt. Darin sind die Abläufe der internen Patientenbefragung sowie der Umgang mit persönlich geäußerten Beschwerden von Patienten, Angehörigen und Einweisern festgelegt. Persönlich geäußerte Beschwerden werden noch am selben Tag von dem angesprochenen Mitarbeiter auf einem Formular notiert und an das Beschwerdemanagement zur Bearbeitung und ggf. Klärung weitergeleitet. So gehen auch persönliche Rückmeldungen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein. Auch diese Äußerungen werden anonymisiert monatlich auf Abteilungsebene und vierteljährlich in der operativen Steuerungsgruppe QM ausgewertet.

Einweiserbefragung

Da dem zuweisenden Arzt eine besondere Rolle in der Patientensteuerung zukommt, werden im gesamten Sana-Konzern regelmäßig Einweiserbefragungen über einen wissenschaftlich abgesicherten Fragebogen durchgeführt. Auch hier treten wir mit unseren Ergebnissen in den Vergleich mit anderen Sana Kliniken. Die Auswertungen werden in der Krankenhausleitung, den Chefarztberatungen und in der operativen Steuerungsgruppe QM analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. Die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen werden bei der nächsten Befragung 2008 evaluiert.

Mitarbeiterbefragung

„Nur wer mitmacht, kann mitgestalten“ unter diesem Motto wurde im Dezember 2006 mit einer Sana-Konzernweiten Mitarbeiterbefragung begonnen. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung für die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg liegen vor, Maßnahmenkataloge und Verbesserungsprojekte werden durch die Geschäftsführung initiiert. So soll die Rücklaufquote von 41% auf 65% durch gezielte Maßnahmen des Managements erhöht werden.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Risikomanagement

Im Jahre 2006 wurde eine Risikoanalyse durch die FHC GmbH zur Identifizierung von eventuellen klinischen und damit verbundenen haftungsrechtlichen Risiken durchgeführt. Der erstellte Bericht dient als Vorlage für die Umsetzung von Maßnahmen in den Kategorien Organisation, Aufklärung, Behandlung und Dokumentation.

Die ökonomischen Risiken werden quartalsweise ermittelt und nach Abstimmung und Bewertung durch die Geschäftsführung an den Bereich Risikomanagement und Konzernrevision der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA weitergeleitet. Ein zentraler Risikomanagementausschuss ist etabliert, ein Risikomanagement-Handbuch liegt vor. Ein Risikomanagementsystem und die Etablierung eines CIRIS (Critical Incident Reporting System) befinden sich im Aufbau.

Hygienemanagement

Unter dem Vorsitz der leitenden Chefarztin tagt mindestens zweimal jährlich die Hygienekommission. Diese hat eine beratende Funktion gegenüber der Krankenhausleitung und garantiert den regelmäßigen Erfahrungsaustausch aller im Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg mit Hygiene befassten Mitarbeiter. Die Hygienekommission stellt sich dem Ziel, die Patienten vor vermeidbaren Infektionen zu schützen bzw. durch rechtzeitiges Erkennen diese zu bekämpfen und ihre Ausbreitung zu verhindern sowie unnötige Gesundheitsgefährdungen der Mitarbeiter vorzubeugen. Regelmäßige Hygienebegehungen werden durchgeführt und protokolliert, Verbesserungsmaßnahmen und Schulungen durchgeführt. Eine hauptamtliche Hygienefachkraft ist eingesetzt.

QUALITÄTSMANAGEMENT

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das Projektmanagement ist Bestandteil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und als solches in die Qualitätspolitik eingebunden. Das Konzept zum Projektmanagement des Sana Krankenhausverbundes Nordbrandenburg orientiert sich an den konzernweiten Vorgaben des Bereiches Medizin und Qualitätsmanagement der Sana Kliniken GmbH&Co. KGaA.

Als verbindliche Projektdefinition gilt: „Ein Projekt ist ein Vorhaben, das im wesentlichen durch Einmaligkeit der Bedingungen in ihrer Gesamtheit gekennzeichnet ist“ (Definition nach DIN 69901). Projektmanagement ist die Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken- und mitteln für die Abwicklung eines Projektes. Die Zielstellung und die Ergebnisbewertung erfolgen nach den SMART-Regeln.

Projekte werden eingerichtet, wenn

- Komplexe Aufgabenstellungen und Anforderungen mit den bestehenden Organisationsformen nicht gelöst werden können
- Bereichs- und organisationsübergreifende Tätigkeiten neu zu planen und zu organisieren sind
- Innovationen eingeführt werden sollen
- Eine Qualitätsverbesserung durch Neugestaltung und grundlegende Neudefinition der Prozesse erreicht werden kann.

Folgende Qualitätsmanagement-Projekte wurden u.a. durchgeführt:

- Einführung/Umsetzung SAP-System
- EDV-gestützte Dienstplangestaltung
- Implementierung eines Wundmanagement-Systems
- Erstellung einer Archivordnung
- Aktualisierung des Krankenhaus-Leitbildes
- Einführung/Umsetzung eines Beschwerde-/Feedbacksystems für Patienten, Angehörige und Einweiser
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung
- Entwicklung und Implementierung eines standardisierten individuellen Patientenmanagements, basierend auf dem Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement
- Einführung Projektmanagement

QUALITÄTSMANAGEMENT

Zwei Projekte möchten wir exemplarisch darstellen.

Thema des 1. Projektes:

Entwicklung und Implementierung eines standardisierten individuellen Patientenmanagements, basierend auf dem Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement

Hintergrund des Problems:

Die Entlassung/Verlegung eines Patienten wurde häufig bei den ärztlichen Visiten kurzfristig entschieden. Die Gefahr von Informationsverlusten war gegeben. Die Entlassung erfolgte nicht in allen Stationen strukturiert und systematisch.

Ausmaß des Problems (Ist-Analyse):

Die zum Teil kurzfristige Entlassung erhöhte den organisatorischen Aufwand, die Einbindung des Sozialdienstes erfolgte ohne konkrete Terminierung, eine Definition der Schnittstellen und Verantwortlichkeiten lag nicht vor.

Zielformulierung:

Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung

Maßnahmen und deren Umsetzung:

- Einsetzen einer Projektgruppe unter Leitung des Pflegedirektors durch die Krankenhausleitung
- Abschluss eines Kooperationsvertrages mit Fresenius Kabi zur Unterstützung, Begleitung und Moderation des Projektes
- Erhebung des Ist-Zustandes (multidisziplinäre Projektgruppensitzungen)
- Auswertung Ist-Soll-Abgleich (Erarbeitung eines Standards)
- Umsetzung in Modellphasen (Festlegung der Modellstation, Durchführung der geplanten Schritte, Evaluation der Ergebnisse, Anpassung des Standards, Implementierung in allen Stationen, Evaluation der Ergebnisse)
- Implementierung einer Verfahrensweisung

QUALITÄTSMANAGEMENT

Evaluation der Zielerreichung:

- Befragung der nachversorgenden Einrichtungen und Patienten
- Ermittlung der Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf und Abgleich/Messung ob nach Standard verfahren wurde
- Nach Implementierung der Verfahrensanweisung 2007
1 x jährliche Messung, ob die Verfahrensanweisung eingehalten wird.

Thema des 2. Projektes:

Einführung einer einheitlichen EDV-gestützten Speisenerfassung

Hintergrund des Problems:

Die Speisewünsche der Patienten oder die diätetischen Anordnungen des behandelnden Arztes werden durch eine Pflegekraft händisch auf so genannten Menükarten pro Mahlzeit erfasst und in die Küche per Hauspost oder mit den Essenswagen transportiert. Nachbestellungen z.B. für neu aufgenommene Patienten werden telefonisch in der Küche angekündigt und die Karten persönlich überbracht. Die kontinuierlich durchgeführte Patientenbefragung hat gezeigt, dass die Patienten nicht durchgängig die Speisen erhielten, die sie gewünscht hatten. Der Aufwand dieses Bestellsystems ist für den Pflegebereich nicht mehr akzeptabel.

Ausmaß des Problems (Ist-Analyse):

Die Situation innerhalb der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg stellt sich sehr unterschiedlich dar, so hat jede Klinik ihre eigene Lösung. Die Patientenzufriedenheit zeigt Verbesserungspotential und die zeitliche Bindung des Pflegepersonals zur Erfassung und Weiterleitung der Menüwünsche wird als zu hoch eingeschätzt.

Zielformulierung:

Eine einheitliche Vorgehensweise und EDV-Lösung für alle Sana Kliniken Berlin-Brandenburg soll erarbeitet werden. Durch eine Vereinheitlichung der Vorgehensweise sollen die Schnittstellenprobleme minimiert werden und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Maßnahmen und deren Umsetzung:

Benennung eines Projektverantwortlichen, Erstellung eines Kriterienkataloges für die Softwareanbieter, Auswahl der Softwareanbieter und Präsentation der Software, Auswahl und Besuch von Referenzkrankenhäusern, Erstellung einer Entscheidungsgrundlage für die Geschäftsführung. Die Entscheidung der Geschäftsführung steht noch aus.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Im Jahre 2005 wurde die Entscheidung im Konzern getroffen, die Krankenhäuser nach dem krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren KTQ zertifizieren zu lassen.

Diese Entscheidung wurde in den Krankenhäusern Templin und Gransee sehr begrüßt. Die Krankenhausleitung stellte die notwendigen Ressourcen bereit, Arbeitsgruppen wurden eingerichtet, Projektaufträge vergeben und mit der IST-Erhebung begonnen. Informationsveranstaltungen und Schulungen wurden durchgeführt. Auf eine Beschreibung des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ wird an dieser Stelle verzichtet. Im September 2007 wird die Selbstbewertung des Krankenhauses an die Zertifizierungsgesellschaft übermittelt und in der 49. KW 2007 wird die Visitation erfolgen. Ein internes Auditsystem befindet sich im Aufbau. Regelmäßige Hygieneaudits und Arbeitssicherheitsaudits werden durchgeführt, ebenso ist das System der Pflegevisiten etabliert.

Impressum

Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg

Sana Krankenhaus Templin

Geschäftsführer

Otto Melchert

Dr. Jens Schick

Robert-Koch-Straße 24

17268 Templin

Telefon 03987 42-201

Telefax 03987 42-249

www.sana-kt.de

Realisation

Amedick & Sommer GmbH Stuttgart

Sana Krankenhausverbund Nordbrandenburg
Sana Krankenhaus Templin

Robert-Koch-Straße 24 | 17268 Templin | Telefon 03987 42-201
Telefax 03987 42-249 | k.raschke@sana-kt.de | www.sana-kt.de