



Sana Krankenhaus Templin

Sana Einrichtungen in Deutschland



Qualitätsbericht 2010

Sana Krankenhaus Templin

INHALTSVERZEICHNIS

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

4	INHALTSVERZEICHNIS Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V	15	EDITORIAL Qualität auf dem Prüfstand – zum Nutzen unserer Patienten
6	MISSION UND VISION Leitbild der Sana Kliniken	17	SANA KRANKENHAUS TEMPLIN Beständigkeit im hohen Versorgungsniveau
9	SANA ETHIK-STATUT Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten haben Vorrang vor allem Anderen	18	SANA KRANKENHAUS TEMPLIN Innovative Konzepte bei der Versorgung im ländlichen Raum – Kein Schema F
13	GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG	20	TRANSPARENTE QUALITÄT Unsere Klinik zeigt ihre Ergebnisse auf www.qualitätskliniken.de
		22	KTQ-REZERTIFIZIERUNG Qualität im Krankenhaus dauerhaft sichern
		24	KRANKENHAUS-HYGIENE Verantwortung für Patienten und Mitarbeiter
		26	AKTIVES RISIKOMANAGEMENT Gelebte Sicherheitskultur bei Sana



29 **TEIL A**
Struktur- und Leistungsdaten des
Krankenhauses

42 **TEIL B**
Struktur- und Leistungsdaten der
Organisationseinheiten/Fachabteilungen

43 **B-1**
Allgemeinchirurgie und Traumatologie

57 **B-2**
Innere Medizin

69 **B-3**
Gynäkologie und Geburtshilfe

78 **B-4**
Kinder- und Jugendmedizin

86 **TEIL C**
Qualitätssicherung

89 **TEIL D**
Qualitätsmanagement

MISSION UND VISION

Leitbild der Sana Kliniken

MISSION

Die Sana Kliniken AG ist einer der führenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland. Unsere Krankenhäuser sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Als Tochterunternehmen der privaten Krankenkassen sind wir ein stabiler Eckpfeiler in der Gesundheitswirtschaft und ein vertrauenswürdiger Partner für Patienten, Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Krankenkassen und Politik.

Wir gehen neue Wege und setzen Maßstäbe in der Führung von Gesundheitseinrichtungen. Mit der Kraft eines Krankenhauskonzerns setzen wir Konzepte für eine zukunftsfähige, integrierte Patientenversorgung um.

Hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit kennzeichnen unsere Leistungen. So steigern wir nachhaltig den Wert unseres Unternehmens und gewährleisten Wachstum und Innovation.

VISION

Unser Ziel ist ein Krankenhaus, das Zukunft hat

- in dem jeder Patient in seiner Individualität respektiert wird,
- in dem die Qualität der Leistungen offen und nachvollziehbar für Patienten, Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargestellt wird,
- in dem engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit besonderen Fähigkeiten und Motiven arbeiten in einem Arbeitsumfeld, das die Vereinbarkeit ihrer Lebens- und Arbeitsziele dauerhaft gewährleistet,
- ein Krankenhaus, in dem wir mit unseren Partnern vor Ort eine Gesundheitsversorgung anbieten, die langfristig in städtischen und in ländlichen Regionen leistungsfähige Versorgungsstrukturen sichert.

Diese Krankenhäuser sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region und Teil des Gemeinwesens; sie nehmen ihre gesellschaftliche Verantwortung wahr – auch als Vorreiter, Vorreiter und Vorbild einer zukunftsfähigen Gesundheitswirtschaft.

WERTE

Patientennähe Jeder Patient ist besorgt, wenn er ein Krankenhaus aufsucht. Seine Ängste und Sorgen berücksichtigen wir ebenso wie seine Lebenssituation und -geschichte. Zu jeder Zeit ist unser Handeln auf die Verbesserung der persönlichen Gesundheitssituation unserer Patienten ausgerichtet. Die Zufriedenheit unserer Patienten und der ihm nahe stehenden Menschen ist der Maßstab unseres Erfolges. Dieser Herausforderung stellen wir uns täglich neu.

Vertrauen Wie wir mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommunizieren, ist ausschlaggebend für unsere Unternehmenskultur. Kommunikation und Führungsstil sind respektvoll, wertschätzend und motivierend. Wir vertrauen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und übertragen ihnen Verantwortung und Entscheidungskompetenz. Transparenz, Offenheit und zielorientierte Führung sind für uns Eckpfeiler der Unternehmenskultur. Dies ist Voraussetzung für lebenslanges Lernen und neue Ideen. Unser Führungsverhalten auf Vertrauensbasis sichert die langfristige Existenz des Unternehmens. Dazu gehören Wachstum und sichere Arbeitsplätze.

Nachhaltigkeit Unsere Strategien steigern den Unternehmenswert bei profitabilem Wachstum. Mit einer angemessenen Rendite erfüllen wir die finanziellen Erwartungen unserer Gesellschafter und schaffen Gestaltungsspielräume für unternehmerisches Handeln. Unsere Einrichtungen handeln in ihrem Marktumfeld autonom. Für alle wichtigen Geschäftsprozesse setzen wir uns Ziele und messen deren Erreichung. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen sind Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen. Die Unternehmenszentrale unterstützt dabei die angeschlossenen Einrichtungen.

Verantwortung Unsere Krankenhäuser sind integrierter Bestandteil der Gesellschaft und treten für deren Belange ein. Ethik und Wirtschaftlichkeit stehen in einem ausgewogenen Verhältnis. In der jeweiligen Region engagieren wir uns in Prävention, Gesundheitserziehung, Sport und Kultur. Wir fördern das Ehrenamt. Mit den uns zur Verfügung gestellten finanziellen und ökologischen Ressourcen gehen wir sorgsam und sparsam um. Wir setzen uns täglich für die Einhaltung von Gesetzen, Richtlinien und Konzernregelungen ein. Dies ist der feste Boden, auf dem unsere Unternehmenskultur steht.



SANA ETHIK-STATUT

Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten haben 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 nahestehende 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. 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.

SANA ETHIK - STATUT

Die aufmerksame, individuelle Begleitung unserer Patienten verstehen wir als unsere Aufgabe

In schwierigen Situationen lassen wir unsere Patienten und die ihnen nahestehenden 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 Persönlichkeitssphäre 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 Begleitscheinungen 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.

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 nahestehender Menschen.

»Qualität messbar und vergleichbar machen«



Dr. med. Markus Müschenich
Mitglied des Vorstands der
Sana Kliniken AG

GRUSSWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG

Liebe Leserin, lieber Leser,

Ich freue mich sehr, dass Sie diesen Qualitätsbericht lesen. Unser Wunsch ist es, die Leistungen und die Qualität unserer Kliniken transparent zu machen. Gerne nutzen wir dafür den Qualitätsbericht, den alle Krankenhäuser in Deutschland seit dem Jahr 2004 im zweijährigen Turnus veröffentlichen müssen. So können Sie heute nachlesen, welche Klinik zum Beispiel besonders große Erfahrung bei einem bestimmten Behandlungsverfahren besitzt. Auch Informationen zu besonderen interdisziplinären Versorgungsangeboten oder zur medizintechnischen Ausstattung sind heute durch die Berichte für alle leicht zugänglich. Wir wollen so die Auswahl eines Krankenhauses vertrauensvoll unterstützen.

Qualität messbar und damit vergleichbar zu machen, ist allerdings kein einfaches Unterfangen. In den Sana Kliniken haben wir dazu konsequent einheitliche Strukturen aufgebaut: Unsere Kliniken arbeiten mit international erprobten, evidenzbasierten medizinischen Verfahren in Diagnostik und Therapie. Der klinikübergreifende Vergleich der erzielten Ergebnisse ermöglicht es unseren Krankenhäusern, von den Erfahrungen der Besten zu lernen. So können wir im Sana Klinikenverbund schneller und besser den Fortschritt der Medizin in die tägliche Praxis überführen. Mit erheblichem Gewinn für die Qualität der Patientenversorgung.

Wenn wir mit unseren Patienten über ihre Erfahrungen im Krankenhaus sprechen, hören wir allerdings auch, dass Etliches von dem, was für Patienten die erlebbare Qualität eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung ausmacht, durch den Qualitätsbericht nicht abgebildet wird. Deshalb haben wir uns, zusammen mit anderen Klinikbetreibern, entschlossen, die Qualität unserer Kliniken weit umfänglicher und gleichzeitig individueller darzustellen, als es in einem Qualitätsbericht möglich ist. Unter www.qualitaetskliniken.de finden Sie im Detail und auf leicht verständliche Weise weitere interessante Informationen und Auswertungen zur Qualität unserer Arbeit. Neben der medizinischen Qualität werden auch die Patientensicherheit, die Patientenzufriedenheit und die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit der Arbeit der Klinik berücksichtigt. In das Gesamtergebnis gehen die Werte von über 400 Qualitätsindikatoren ein. Bei dieser umfassenden Qualitätssicht befinden sich die Einrichtungen der Sana Kliniken häufig in der Spitzengruppe – ein Resultat der von Sana seit Jahren aktiv gelebten Qualitätsorientierung.

Nutzen Sie diesen Qualitätsbericht, um Ihr Bild von der hohen Qualität, die das Sana Krankenhaus Templin Ihnen bietet, weiter zu vervollständigen. Denn informierte Patienten und eine interessierte Öffentlichkeit helfen uns, den Qualitätsstandard der Gesundheitsversorgung in Deutschland beständig weiter zu verbessern.

Ihr



»Der Bericht soll Entscheidungshilfe
geben bei der Krankenhauswahl.«



Michael Kabiersch
Direktor



Dr. med. Gebhard von Cossel
Ärztlicher Direktor



Dr. med. Ruth Mähl
Leitende Chefarztin



Cathrin Stransky
Pflegekoordinatorin

EDITORIAL

Qualität auf dem Prüfstand – zum Nutzen unserer Patienten

Liebe Leserin, lieber Leser,

eine gute medizinische Versorgung in einem Umfeld, das sensibel auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingeht – so lässt sich in wenigen Worten beschreiben, wie sich Patienten ihr Krankenhaus wünschen. Und es beschreibt die Richtschnur, an der wir im Sana Krankenhaus Templin unser Handeln ausrichten.

Qualität ist daher kein abstrakter Begriff, sondern gelebte Praxis in unserem Krankenhaus. Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen aktuellen Einblick geben in ausgewählte Aktivitäten, mit denen wir Qualität auf den unterschiedlichen Ebenen in unserem Haus sichern und kontinuierlich weiter entwickeln. Dazu gehört ein Qualitätsmanagementsystem nach den Kriterien der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ), für das wir im Jahr 2009 erstmalig von unabhängigen Prüfern das Zertifikat erhalten haben. Neu eingeführt haben wir zudem ein klinisches Risikomanagement, mit dem gezielt mögliche Schwachstellen in den Abläufen aufgedeckt und Verbesserungen angestoßen werden. Bei all diesen Maßnahmen orientieren wir uns an den Empfehlungen des unabhängigen Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e. V., und überprüfen regelmäßig deren erfolgreiche Umsetzung.

In der Vergangenheit wurde immer wieder gefragt, welchen Nutzen die umfangreichen Qualitätsberichte letztlich für die Patienten haben. Wir glauben, dass es gut ist, dass die Qualität regelmäßig auf den Prüfstand kommt und öffentlich transparent gemacht wird. So enthält der Teil B des Qualitätsberichts eine umfassende Übersicht, welche Krankheitsbilder in unseren Fachabteilungen schwerpunktmäßig behandelt werden und welche besonderen Kompetenzen wir auch in Spezialgebieten besitzen. Bei der Wahl eines Krankenhauses können Ihnen diese Zahlen wichtige Entscheidungshilfen geben.

Welches der Informationsangebote in diesem Bericht Sie auch nutzen – wir freuen uns, dass Sie einen interessierten Blick auf unsere Leistungen werfen, und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Wenn Sie sich auch online über unser Haus informieren wollen, schauen Sie doch einmal unter www.sana-kt.de vorbei oder rufen Sie unser Qualitätsprofil bei www.qualitaetskliniken.de auf.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Direktor Michael Kabiersch, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Ihre

Michael Kabiersch, Direktor
 Dr. med. Ruth Mähl, Leitende Cheffärztin
 Cathrin Stransky, Pflegekoordinatorin



SANA KRANKENHAUS TEMPLIN

Beständigkeit im hohen Versorgungsniveau

Das Sana Krankenhaus Templin ist ein modernes Krankenhaus der Grundversorgung. Nach einer fast 6-jährigen Bauzeit bei laufendem Krankenhausbetrieb konnte 2008 in einem feierlichen Akt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie deren Patientinnen und Patienten ein komplett saniertes Krankenhaus übergeben werden.

Als leistungsstarkes Krankenhaus der Grundversorgung stellt das Sana Krankenhaus Templin mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie sowie Intensiv- und Schmerztherapie eine umfassende medizinische Versorgung in Templin und der umliegenden Region sicher. Das moderne Leistungsspektrum der medizinischen Fachabteilungen wird durch eine Physiotherapie, Funktionsdiagnostik, Rettungsstelle und zusätzliche Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und freiberuflichen Beleghebammen ergänzt. Mit dem Aufbau Medizinischer Versorgungsschwerpunkte wie dem Ambulanz- und Aufnahmezentrum, der Anerkennung als neonatologischer Schwerpunkt und einer Schlaganfallüberwachungseinheit konnte die Qualität in der Patientenversorgung weiter verbessert werden.

Mit der Fertigstellung des letzten Bauabschnittes bekam auch die Entbindungsstation – in direkter Nachbarschaft zum Kreißsaal sowie zu den Abteilungen Gynäkologie und Pädiatrie – ein neues Domizil. Hier bringen unter anderem auch Mütter aus dem Landkreis Oberhavel ihre Kinder zur Welt. Auf der Homepage des Sana Krankenhauses Templin werden auf Wunsch der Eltern Fotos der Neugeborenen in einer virtuellen „Babygalerie“ eingestellt. Dies wird von den frischgebackenen Müttern und Vätern sehr gut angenommen.

Die Bau- und Sanierungsmaßnahmen am Sana Krankenhaus Templin wurden mit 23,65 Millionen Euro durch das Land Brandenburg gefördert. Mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von mehr als 24 Millionen Euro stehen seit dem Abschluss der Bauarbeiten den etwa 150 Mitarbeitern hochmoderne Arbeitsplätze und den Patienten zeitgemäße stationäre und ambulante Behandlungs- und Betreuungsplätze zur Verfügung. In einem weiteren Neubau sind die Funktionsdiagnostik, Intensivstation, Rettungsstelle, Labor und die Radiologie untergebracht. Dazu gehören außerdem die Kreißsäle und zwei mit modernster Technik ausgestattete und klimatisierte Operationssäle.

Im Foyer befindet sich das von den Stephanus-Werkstätten Templin betriebene Cafe Sana, welches den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sowie den Mitarbeitern des Krankenhauses täglich ein umfangreiches Angebot an Getränken, Snacks und Kuchen bietet. Die Stephanus-Werkstätten sind eine Einrichtung der Stephanus-Stiftung und anerkannte Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

SANA KRANKENHAUS TEMPLIN

Innovative Konzepte bei der Versorgung im ländlichen Raum – Kein Schema F

Die Uckermark zählt bundesweit zu den Regionen mit der geringsten Bevölkerungsdichte. Das Sana Krankenhaus Templin versorgt als Krankenhaus der Grundversorgung in der Fahrzeitzone von 30 Minuten eine Population von etwa 30.000 Einwohnern. Da es das einzige Krankenhaus im Umkreis von 40 Kilometern ist, ist der Versorgungsauftrag mit seinen 5 Fachabteilungen auf 119 Planbetten sehr breit aufgestellt. Diese Rahmenbedingungen fordern eine hohe Beweglichkeit des Krankenhausbetreibers und stellen besondere Anforderungen, die durch das Überbrücken großer Entfernungen, den Umgang mit kleinen Einheiten und die bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung bei begrenzten Patientenzahlen geprägt sind.

Zur Kompensation der schwierigen Standortfaktoren sind innovative Konzepte gefragt. Besonders mit den Möglichkeiten der Telemedizin gleicht das Sana Krankenhaus Templin jene Standortnachteile aus, mit denen Kliniken in der Peripherie allgemein zu kämpfen haben. Mit der Telemedizin erhöhen sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, deren Vorhaltung wegen der Infrastrukturkosten für ein Krankenhaus dieser Kategorie sonst schwer darstellbar wären.

Bereits 2005 hatte das Sana Krankenhaus Templin als einer der Vorreiter im Land Brandenburg gemeinsam mit dem Unfallkrankenhaus Berlin die Teleradiologie aufgebaut, und zwar als erstes nicht nur im Nacht-, sondern auch im Tagesbetrieb. Schon damals war einer der Gründe für das Engagement das Fehlen von radiologischen Fachärzten.

Rund um die Uhr ist es möglich, radiologische Aufnahmen innerhalb kurzer Zeit – schneller als in vielen großen Kliniken mit eigener Radiologie üblich – fachärztlich zu befunden.



2008 wurde das telemedizinische Spektrum am Sana Krankenhaus Templin um die Teleneurologie erweitert. Nur wenige Stunden bleiben den Ärzten nach dem ersten Auftreten von Schlaganfall-Symptomen bis zur medikamentösen Auflösung eines Blutgerinnsels bei Gefäßverschlüssen. Im dünn besiedelten ländlichen Raum kommen Patienten aufgrund der längeren Anfahrtswege jedoch oft erst recht spät in die Klinik. Somit verbleibt im Ernstfall kaum Zeit zur Verlegung der Patienten in Spezialkliniken. In diesem Fall hilft die Telemedizin Menschenleben zu retten bzw. schwere Folgeschäden bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu mindern. Gerade in der Schlaganfallversorgung ist der Zeitfaktor wichtig – „Time is Brain“.

In Minutenschnelle kann eine Verbindung zur überregionalen Stroke Unit im Unfallkrankenhaus Berlin hergestellt werden. Mit der Erfahrung von dort anfallenden 6000 bis 7000 Befundungen von Patienten steht in Templin eine große Kompetenz zur Verfügung, der zudem in Berlin auch noch gefäß- und neurochirurgische Spezialisten zur Seite stehen. Gemeinsam mit einem Internisten vor Ort führt der Neurologe die Behandlung der Patienten durch. Die Videokonferenz überbrückt die Entfernung und sichert so den direkten Informationsaustausch mit dem Patienten, dem Experten und dem Arzt vor Ort und damit wertvolle Zeit für die Behandlung. Hierdurch erfährt die Schlaganfallbehandlung in Templin einen deutlichen Qualitätszuwachs. Besonders ältere Patienten wissen es zu schätzen, vor Ort, in der Nähe der Angehörigen, behandelt zu werden und nicht verlegt werden zu müssen.



Zur weiteren Optimierung der Versorgung von Schlaganfallpatienten wurde 2010 eine Schlaganfallbehandlungseinheit mit Monitorüberwachung in Betrieb genommen und das Behandlungskonzept überarbeitet.

Angeregt durch die guten Erfahrungen mit der Telemedizin wird sich das Sana Krankenhaus Templin zukünftig verstärkt auf diesem Gebiet engagieren. Im Aufbau befinden sich derzeit Angebote im Bereich der HNO und der Kardiologie. Insbesondere im bislang unterversorgten Bereich der Kardiologie steigt der Versorgungsbedarf im Einzugsbereich Templins in den kommenden Jahren aufgrund der epidemiologischen Entwicklung.

TRANSPARENTE QUALITÄT

Unsere Klinik zeigt ihre Ergebnisse auf www.qualitätskliniken.de

Als Patient leiden Sie an einer Erkrankung oder suchen aus anderen Gründen eine Behandlung im Krankenhaus. Nach reiflicher Überlegung treffen Sie Ihre Entscheidung zugunsten unserer Klinik. Und das ist auch gut so. Wir schätzen Ihr Vertrauen, und gerade deshalb unternehmen wir jede Anstrengung, Ihren Erwartungen gerecht zu werden. Als besonderes Zeichen dieser Anstrengungen nimmt unser Krankenhaus, ebenso wie alle anderen Sana Kliniken, an der umfangreichsten und für jedermann einsehbaren Darstellung qualitätsbezogener Ergebnisse teil: dem Internetportal www.qualitätskliniken.de.

Qualität in vier Dimensionen

Was macht das Portal so einzigartig? Qualität wird hier in vier Dimensionen dargestellt:

- Medizinische Qualität
- Patientensicherheit
- Patientenzufriedenheit
- Einweiserzufriedenheit

Ergebnisse zu insgesamt etwa 400 Indikatoren sollen Ihr Vertrauen untermauern nach dem Motto: „Fakten statt Vermutungen“.

Patienten und Ärzte beurteilen medizinische Qualität

Medizinische Qualität wird mit allen Indikatoren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V abgebildet. Zusätzlich werden die Ergebnisse zu 20 Indikatoren aus sogenannten Routinedaten nach § 21 KHEntgG zusammengestellt.

Um Vergleichbarkeit zu erzielen, wurden gemeinsam mit renommierten Instituten einheitliche Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und Zufriedenheit der einweisenden Ärzte entwickelt. Fragen wie

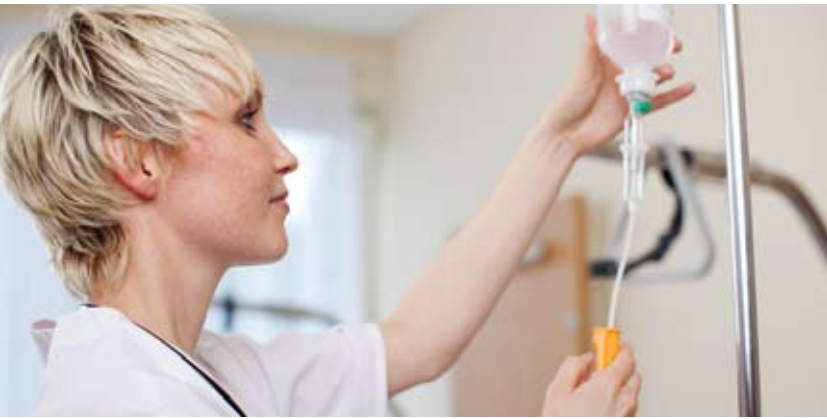
- Wurden Sie durch die Ärzte gut informiert?
- Wie beurteilen Sie die fachliche Betreuung durch das Pflegepersonal?
- Wie gut wurden Ihre Termine im Krankenhaus eingehalten?

werden von den Patienten beantwortet und im Portal vergleichend dargestellt.

Niedergelassene Ärzte geben Auskunft zu weiteren qualitätsrelevanten Fragen, etwa

- Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der Ärzte in der Abteilung?
- Stellt Sie die Entlassungsmedikation der Abteilung vor Probleme in der Praxis?
- Sind Sie mit den Behandlungsergebnissen entlassener Patienten zufrieden?

Sie geben damit ihre Eindrücke und Einschätzungen zur Qualität der Patientenbehandlung wieder.



Priorität für Ihre Sicherheit

Neben einer erfolgreichen Behandlung ist Ihr vorrangiges Interesse, während Ihres Aufenthaltes größtmögliche Sicherheit zu erfahren. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung hat Patientensicherheit in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert erhalten. Zahlreiche Themen wurden durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit aufgegriffen. In Arbeitsgruppen wurden Konzepte für das Krankenhaus erarbeitet. Die am Portal beteiligten Krankenhäuser geben nun öffentlich Auskunft darüber, wie die Vorgehensweisen zur Patientensicherheit bei ihnen umgesetzt werden. Dabei geht es um klar definierte Messgrößen für die Sicherheit:

- Regelmäßig, standardisierte Durchführung von
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Händedesinfektion
- Sturzprävention

Vorhandensein von Regelungen zum Umgang mit

- Beinahe-Fehlern (Critical Incidence Reporting System)
- multiresistenten bzw. Krankenhauskeimen
- freiheitsentziehenden Maßnahmen

Zusätzlich wird beispielweise erfragt, ob im OP eine Sicherheits-Checkliste angewendet wird, wie dies die WHO empfiehlt.

Mit drei Klicks zur verständlichen Qualitätsaussage

Eines der Ziele war es, Ihnen rasch ein gut verständliches Suchergebnis an die Hand zu geben, das Sie dann bei Bedarf weiter eingrenzen und verfeinern können. Dazu wurde das Portal so gestaltet, dass drei Klicks genügen, um eine erste Darstellung zu erhalten.

Einmischen erwünscht

Das Portal hat sich für seine Weiterentwicklung verschiedene Gremien an die Seite gestellt. Wichtige Impulse werden aus dem wissenschaftlichen und dem gesundheitspolitischen Beirat erwartet. Unerlässlich für eine sinnvolle Weiterentwicklung ist der aus den Reihen der Mitglieder gewählte Mitgliederbeirat, der aus Vertretern aller Trägergruppen besteht.

Unser Ziel: Sie künftig immer besser über die Qualität in unserem Krankenhaus zu informieren.

KTQ-REZERTIFIZIERUNG

Qualität im Krankenhaus dauerhaft sichern

Wer den höchsten Anforderungen an ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus genügen will, muss heute ein Qualitätsmanagement nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) einführen und sich der KTQ-Zertifizierung unterziehen. Die Sana Kliniken haben sich vor drei Jahren erstmals zertifizieren lassen und das Gütesiegel der KTQ GmbH erhalten. Nun sind alle Kliniken in der Rezertifizierungsphase und machen damit auch weiterhin ihre Arbeit nach dem KTQ-Modell transparent.

KTQ-zertifiziert: Was bedeutet das?

Die Abkürzung KTQ steht für ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem speziell für Krankenhäuser. Durch die Zertifizierung werden die Leistungen der Klinik transparent und für die Öffentlichkeit nachvollziehbar. Dafür besucht ein Team von unabhängigen Visitoren die Klinik für mehrere Tage und prüft diese auf „Herz und Nieren“ in den folgenden sechs Kategorien:

- In der Kategorie Patientenorientierung ist ein Schwerpunkt der freundliche und respektvolle Umgang mit den Patientinnen und Patienten und die Schaffung einer Atmosphäre, die die Genesung fördert. Der Patient steht dabei immer im Mittelpunkt.
- Um eine optimale Behandlungsqualität zu gewährleisten, wird zudem bei den Begehungen der Stationen die Umsetzung von internationalen evidenzbasierten Leitlinien, zum Beispiel in der Schmerztherapie, geprüft.
- Zufriedene Patienten und motivierte Mitarbeiter sind die Grundlage des Erfolgs von Krankenhäusern. In der Kategorie Mitarbeiterorientierung des KTQ-Qualitätsmodells sind daher auch Anforderungen an ein modernes Personalmanagements hinterlegt. In den Bereichen Personalplanung, Personalentwicklung und Aus- und Weiterbildung werden fortschrittliche Konzepte gefordert und in ihrer Umsetzung geprüft.
- Arbeitsschutz, Brandschutz, Umweltschutz, Katastrophenschutz, medizinisches und nichtmedizinisches Notfallmanagement stehen in der Kategorie Sicherheit im Krankenhaus auf dem Prüfstand. So werden für die KTQ-Zertifizierung zum Beispiel ein gut funktionierendes Hygienemanagement und der sichere Umgang mit Arzneimitteln in dieser Kategorie überprüft.
- In der Kategorie Informationswesen geht es unter anderem um den Aufbau eines IT-gestützten Krankenhausinformationssystems, um Regelungen zur Führung der Patientenakte oder um die interne und externe Informationsweitergabe. Bei all diesen Themen ist die Regelung des Datenschutzes von großer Bedeutung und muss durchgängig gewährleistet sein.
- Das Leitbild der Klinik, die Umsetzung ethischer und kultureller Aufgaben sowie die Berücksichtigung weltanschaulicher und religiöser Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern sind wichtige Fragestellungen in der Kategorie Krankenhausführung. Dabei wird zum Beispiel die Arbeit des Ethikkomitees unter die Lupe genommen. Weitere relevante Punkte sind die Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung durch die Klinik, das Wissensmanagement oder der Aufbau und die Entwicklung eines Risikomanagements.



- Die Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten sind in der letzten Kategorie Qualitätsmanagement das primäre Thema. Konkret wird nach dem Umgang mit Beschwerden, Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen und Befragung externer Einrichtungen gefragt. Wie werden diese organisiert? Wie transparent sind die Ergebnisse? Finden Vergleiche mit anderen Kliniken statt und wie fallen diese aus? Welche Verbesserungen wurden abgeleitet und umgesetzt? All diese Punkte müssen wahrnehmbar bei einer Zertifizierung dargestellt werden.

Anders ausgedrückt: Das Krankenhaus hat sein Qualitätsziel nur dann erreicht, wenn die Patienten und Mitarbeiter zufrieden sind, die Sicherheit gewährleistet ist, die Informationen fließen und neben dem betriebswirtschaftlichen Konzept auch ein Qualitätskonzept existiert.

Besonders wichtig ist Sana ein hoher Zufriedenheitsgrad von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern. Schließlich leben die einzelnen Sana Kliniken wie der Klinikverbund von ihrem guten Ruf – dauerhafte Arbeit zur gezielten Qualitätsverbesserung ist die Grundlage hierfür. Auch den Kostenträgern gegenüber stellt die KTQ-Zertifizierung ein klares Signal dar, ein Zeichen für Qualität und Transparenz, mit dem die Sana Kliniken Maßstäbe setzen.

Sicherung der Qualitätsstandards auch über KTQ hinaus

Generell wird den Sana Kliniken von externen KTQ-Visitoren ein exzellentes und gelebtes Qualitätsmanagement bescheinigt. Doch die Entwicklung bleibt nicht stehen. Daher wurden in den letzten Jahren weitere innovative Ausprägungen von Qualitätsmanagement in den Kliniken aufgebaut, die über eine Zertifizierung nach KTQ hinausgeht. Um die Kontinuität

in der Qualitätssicherung und -entwicklung, die durch die KTQ-Zertifizierung in den Kliniken angestoßen wurde, weiterzuentwickeln und zu etablieren, werden jährliche Audits in den Bereichen Klinisches Risikomanagement, Qualitätsmanagement und Hygienemanagement durchgeführt. Diese erfolgen nach einem festgelegten Kriterienkatalog und Verfahren durch ausgebildete Sana-Auditoren. In jeder Klinik wird dabei die Effizienz und Güte bewertet und verglichen. Ziel ist es, einen einheitlichen Standard in allen Kliniken zu etablieren, der dem hohen Qualitätsanspruch der Sana Kliniken gerecht wird.

Ausblick

2011 werden wesentliche Vorbereitungsmaßnahmen für eine konzernweite DIN EN ISO-Zertifizierung stattfinden. So soll ein Instrument für eine Soll-Ist-Analyse entwickelt werden, dass für die klinischen Bereiche eine synergistische Fortführung des KTQ-gestützten Systems ermöglicht. Weiterhin wird in Schulungen der Trainerstab für die Auditorenausbildungen erweitert. Es werden Verfahrensweisungen entwickelt die beschreiben, welche Managementprozesse in jedem Sana-Krankenhaus geregelt werden sollen. Damit treibt Sana den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Sachen Qualität in seinen Krankenhäusern weiterhin aktiv voran.

KRANKENHAUS - HYGIENE

Verantwortung für Patienten und Mitarbeiter

Im Mittelpunkt jeder qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung steht die Sicherheit des Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses. Aber auch Angehörige und Mitarbeiter sind im Krankenhaus vor Fehlern und Gefahren zu schützen, die auf unzureichende Organisation oder menschliche Unachtsamkeit zurückzuführen sind. Ein wichtiges Thema hierbei ist die Hygienequalität.

Sana widmet diesem Thema seit langem große Aufmerksamkeit. So wurde vor zwei Jahren ein konzernweites Hygiene-Projekt gestartet. Es umfasst die Erarbeitung konzernweiter Hygienestandards, die flächendeckende Erhebung und Bewertung wichtiger Infektionsdaten sowie die Durchführung jährlicher Hygieneaudits in allen Kliniken. Auf dieser Grundlage wird das Hygienemanagement bei Sana – neben den üblichen internen und externen Begehungen – einer umfangreichen Analyse unterzogen und so ein gleichmäßig hoher Qualitätsstandard im gesamten Sana-Verbund erzielt.

Seit dem Start des Projektes sind mit wissenschaftlicher Begleitung durch das renommierte Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg etwa sechzig Verfahrensanweisungen zu den wichtigsten und risikobehaftetsten Prozessen beschrieben und konzernweit eingeführt worden. Durch die getroffenen Festlegungen etwa zu den Themen Desinfektionsverfahren, Umgang mit multiresistenten Keimen (MRSA) und anderen verschiedenen wichtigen Erregern sowie mit Influenza, Tuberkulose, Aids (HIV) oder Meningokokken wird gewährleistet, dass alle Sana-Kliniken nach anerkannten hohen Hygienestandards verfahren.



Das nationale Referenzzentrum setzt die Maßstäbe

Herzstück des Hygienemonitorings ist die konzernweite Teilnahme aller Kliniken am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) in Berlin. Mit dem Jahr 2010 haben alle Kliniken begonnen, strukturiert Daten zu nosokomialen, d.h. im Krankenhaus erworbenen Infektionen, zu sammeln und auszuwerten. Um beurteilen zu können, ob die eigene Infektionsrate nun als vergleichsweise gut oder schlecht einzuschätzen ist, erhalten alle Kliniken die jeweiligen bundesdeutschen Referenzwerte aus bislang über 300 teilnehmenden Kliniken geliefert. Dies macht den eigentlichen Mehrwert des Systems aus, da jedes Haus dadurch eine Positionsbestimmung seiner Infektionsraten im Vergleich mit ähnlichen Kliniken durchführen und so das eigene Hygienemanagement optimieren kann. Sana führt auf der Datenbasis zudem ein gemeinsames Benchmarking durch, um den Lernprozess innerhalb des Konzerns zu befördern.



Fehlertransparenz hilft, Fehler zu vermeiden

Außerdem wurden in 2010 erstmals in allen Kliniken Hygieneaudits im Rahmen von kollegialen Dialogen nach einem zentral festgelegten Kriterienkatalog durchgeführt. Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden im Rahmen von Maßnahmenplänen einem direkten Verbesserungsprozess zugeführt. Die Audits werden zusätzlich zu den externen Kontrollen und internen Begehungen im jährlichen Rhythmus durchgeführt und die Ergebnisse an die Kliniken zurückgespiegelt.

Darüber hinaus kommt es darauf an, das eigene Wissen mit anderen zu teilen. Wer anderen die Möglichkeit gibt, aus erlebten Fehlern zu lernen, hilft ihnen, diese Fehler nicht selbst zu machen. Offener Austausch und gemeinsames Lernen sind deshalb der Schlüssel für gelebte Patientensicherheit bei Sana.

AKTIVES RISIKOMANAGEMENT

Gelebte Sicherheitskultur bei Sana

Risikomanagement ist ein strategisches Konzept der Prävention, das die Sicherheit in der Klinik durch eine systematische Analyse aller Abläufe erhöht. Ziel des Risikomanagements ist die frühzeitige Identifizierung von Situationen, die zu Fehlern in der täglichen Arbeit führen könnten. So können frühzeitig Maßnahmen getroffen werden, durch die sichere Behandlungsabläufe erreicht werden.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben die Sana Kliniken im Jahr 2006 das klinische Risikomanagementsystem als Standard in allen Sana-Einrichtungen eingeführt. Seither wurden umfassende Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung von Risikopotentialen in den Kliniken umgesetzt. Als spezialisiertes Beratungsinstitut unterstützte die „GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH“, ein Tochterunternehmen der ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH, alle Krankenhäuser der Sana Kliniken AG bei der Einführung und Umsetzung dieser Risikomanagement-Aktivitäten.

Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.

Im Mittelpunkt eines jeden qualitätsorientierten Krankenhauses steht die Sicherheit des Patienten. Unerwünschte Ereignisse, die das ungewollte Ergebnis einer Behandlung sind, gefährden die Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat deshalb Handlungsempfehlungen zur praktischen Verbesserung der Therapie von Patienten erarbeitet. Diese Handlungsempfehlungen werden von Sana in allen Kliniken eingesetzt und regelmäßig auf ihre erfolgreiche Umsetzung überprüft.

Die Handlungsempfehlungen des APS werden von multidisziplinären Arbeitsgruppen erarbeitet und basieren auf umfangreichen Fehler- und Literaturanalysen. Von anderen zu lernen und andere an den eigenen Lernprozessen teilhaben zu lassen, ist ein zentrales Element der Arbeit des APS.

Die Sana Kliniken sind engagierte Förderer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Als Mitglied im Beirat unterstützt die Bereichsleitung Sana Qualitäts-Medizin aktiv die Aktionen des APS.

Klinisches Risikomanagement in der Praxis

Eine wesentliche Methode des Klinischen Risikomanagements sind klinische Risiko-Audits, also Begehungen und Anhörungen, die strukturiert in allen Sana Kliniken durchgeführt werden. Dabei werden die Prozesse der Patientenversorgung von den externen Experten sorgfältig durchleuchtet. Interviews mit Mitarbeitern der therapeutischen Teams geben zusätzliche Hinweise, in welchen Bereichen gegebenenfalls klinikspezifische Verbesserungspotentiale zu erwarten sind.

Die Handlungsempfehlungen des APS sind eine wichtige Grundlage der Risiko-Audits, die in den Auditkatalogen hinterlegt sind und in jeder Klinik auf ihre Umsetzung hin geprüft werden.



Folgende Handlungsempfehlungen wurden bisher veröffentlicht:

- Die Empfehlung „Jeder Tupfer zählt“ zur Vermeidung von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet.
- Die Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, in der vier Maßnahmen empfohlen werden: Die Identifizierung von Patient, Eingriffsart und Eingriffsort; die deutliche Markierung des Eingriffsortes; die nochmalige Prüfung der Patientenidentität vor Eintritt in den OP und schließlich das so genannte „Team-Time-Out“, also ein strukturiertes und dokumentiertes Briefing des OP Teams direkt vor der OP. Diese Methode wird zum Beispiel von Piloten bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert – nun profitieren die Sana Kliniken von dieser hohen Sicherheitskultur.
- Die Empfehlung „Sieben Schritte zur Einführung eines anonymen Fehlermeldesystems (CIRS – Critical Incident Reporting System) im Krankenhaus“ – angefangen von der grundsätzlichen Entscheidung für CIRS bis hin zur systematischen Auswertung der Ergebnisse.
- Die Empfehlung zur sicheren Patientenidentifikation: Im Mittelpunkt steht die Kommunikation zwischen Patient und Behandelnden. Die Empfehlung zeigt auf, worauf in der Behandlung dabei besonders zu achten ist. Darüber hinaus wird ein Kerndatensatz zur Identifizierung des Patienten empfohlen sowie der Einsatz von Patientenarmbändern als technisches Hilfsmittel.
- Die Empfehlung zu Arzneimitteltherapiesicherheit: Angesichts der Häufigkeit von Arzneimittelanwendungen und Arzneimittelfehlern wurde eine Liste mit Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit und ein Medikationsplan für Patienten erarbeitet.

Als Ergebnis der umfassenden Analysen entsteht für jede Klinik ein individuelles Stärken- und Schwächen-Profil, aus dem konkrete Handlungsempfehlungen für Verbesserungen abgeleitet werden. Damit steht der Klinikleitung ein praxisnaher Leitfaden zur Verfügung, der die Ansatzpunkte für Optimierungen der Patientensicherheit transparent macht.

Nach einem Zeitraum von etwa einem halben Jahr stellen sich die Kliniken dann einer Projektevaluation, durchgeführt wiederum durch die neutralen Experten. So wird überprüft, ob die eingeleiteten Maßnahmen greifen – und die Umsetzung wie von Sana beabsichtigt dauerhaft risikominimierende Wirkung zeigt.



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT
TEIL A

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Die Klinikumsleitung, vertreten durch Michael Kabiersch, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A-1 Kontaktdaten

Name	Sana Krankenhaus Templin
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-0
Telefax	03987 42-249
E-Mail	m.kabiersch@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	Chefarzt Dr. med. Klaus-Dieter Burkhardt Tel.: 03987 42-240 Der Inneren Medizin sind die Funktionsdiagnostik und die Onkologie untergeordnet.
Chirurgie	Chefarzt Dr. med. Hans Peter Conrad Tel.: 03987 42-265 Der Chirurgie sind das Ambulante Zentrum sowie der OP untergeordnet.
Anästhesie/Intensivmedizin	Chefarzt Dr. med. Ronald Lambrecht Tel.: 03987 42-210 Der Anästhesie/Intensivmedizin sind die Rettungsstelle und der Aufwachraum untergeordnet.
Pädiatrie	Chefärztin Dr. med. Ruth Mähl Tel.: 03987 42-220 Leitende Chefärztin
Gynäkologie/Geburtshilfe	Chefarzt Dr. med. Hassan El Mostafa Tel.: 03987 42-250 Der Gynäkologie/Geburtshilfe ist der Kreißsaal untergeordnet.
Verwaltung	Direktor Michael Kabiersch Tel.: 03987 42-201
Pflegedienst	Pflegekoordinatorin Cathrin Stransky Tel.: 03987 42-290

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind
VS12	Ambulantes OP-Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> • Proktologische Sprechstunde • Fußsprechstunde • Indikationssprechstunde • Durchgangsarztsprechstunde • Vorstationäre Sprechstunde • Ambulante Aufnahmen Gynäkologie • Traumatologische Sprechstunde • Gefäßsprechstunde
VS24	Interdisziplinäre Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie • Gynäkologie • Innere Medizin

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p>Die Mitarbeiter des Sozialdienstes bieten Beratungsmöglichkeiten hinsichtlich sozialer Fragestellungen an. Hierzu zählen u. a. Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Beratung und Beantragung hinsichtlich gesetzlicher Betreuung, Patientenverfügung und Hilfeleistungen bei Antragstellung im Rahmen des Schwerbehindertenrechts, Leistungen zur Sozialhilfe oder der Pflege- und Krankenversicherung.</p>
MP04	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p>Die Atemgymnastik/-therapie wird von den Physiotherapeutinnen durchgeführt und soll zum Abbau atemhemmender Widerstände, Abbau von Fehlatabewegungsformen, zur Ventilationssteigerung, zur Kräftigung der Atemmuskulatur und zu einer allgemeinen Leistungssteigerung des Patienten beitragen.</p>
MP12	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p>Die Physiotherapeutinnen werden insbesondere bei der Behandlung von Lähmungen hinzugezogen und führen gezielte Übungen nach dem Bobath-Prinzip mit dem Patienten durch.</p>
MP14	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p>Die Diät- und Ernährungsberatung nimmt innerhalb der Behandlungsplanung hinsichtlich von Prävention und Therapie einen hohen Stellenwert ein. Patienten, die einer besonderen Ernährung bedürfen, erhalten in einem Gespräch mit der Diätassistentin einen individuellen Diätplan. Ferner werden ihnen, ggf. ihren Angehörigen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur eigenverantwortlichen Durchführung diätetischer und ernährungsrelevanter Maßnahmen vermittelt.</p>



→ **A-9**
Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP15	<p>Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege Eine am Haus tätige Entlassmanagerin steuert schon ab Beginn des stationären Aufenthaltes die Entlassung, Verlegung bzw. Überleitung der Patienten in Absprache mit dem behandelnden Arzt unter Berücksichtigung der Verweildauerdaten. Alle Patienten werden durch die ELM erfasst, mit dem Ziel, für jeden Patienten mit einem nachstationären Pflege- und/oder Unterstützungs-/Koordinationsbedarf ein individuelles Entlassmanagement zur Sicherung seiner bedarfsgerechten Versorgung zu organisieren.</p>
MP16	<p>Ergotherapie/Arbeitstherapie Eine mit dem Krankenhaus kooperierenden Ergotherapie-Praxis wird in die Behandlung der Patienten nach einem Schlaganfall einbezogen. Die niedergelassenen Ergotherapeutinnen besprechen mit den behandelnden Ärzten die Maßnahmen.</p>
MP19	<p>Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik Geburtsvorbereitungskurse werden durch die freiberuflichen Hebammen ab der 30. Schwangerschaftswoche oder nach Absprache angeboten. Dabei können sich die Frauen auf die Geburt körperlich, mental sowie psychisch vorbereiten. Dabei sind werdende Väter herzlich willkommen. Im Rahmen der Informationsabende können werdende Eltern sich über die Geburt und den Kreißaal informieren. Bis zur 12. Woche nach der Geburt werden Rückbildungskurse von den Hebammen angeboten.</p>
MP22	<p>Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Besondere Schulungsprogramme werden durch die Mitarbeiter der Physiotherapie im Rahmen der Inkontinenzprophylaxe angeboten. Diese finden regelmäßig sowohl für stationäre als auch für ambulante Patienten im Krankenhaus statt.</p>
MP24	<p>Manuelle Lymphdrainage Erfolgt durch die Physiotherapeutinnen nach Absprache mit dem behandelnden Arzt.</p>
MP25	<p>Massage Erfolgt durch die Physiotherapeutinnen nach Absprache mit dem behandelnden Arzt.</p>
MP32	<p>Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie In großzügig modern gestalteten Räumlichkeiten werden alle gängigen Verfahren und Therapieangebote einer zeitgemäßen Krankengymnastik angeboten. Die Behandlung der stationären Patienten erfolgt an sieben Tagen in der Woche.</p>
MP37	<p>Schmerztherapie/-management Eine mit dem Krankenhaus eng zusammenarbeitende, niedergelassene Ärztin kann als qualifizierte Schmerztherapeutin beratend und empfehlend hinsichtlich der Schmerztherapie hinzugezogen werden. Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung Intensiv-/Anästhesiepflege führt postoperativ Schmerzkonsile durch und bespricht mit den behandelnden Ärzten die Maßnahmen zur Schmerztherapie. Schmerzen werden täglich im Schmerzerfassungsbogen dokumentiert und in der ärztlichen Visite mit dem Patienten besprochen.</p>



→ **A-9**
Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP63	<p>Sozialdienst Die Mitarbeiter des Sozialdienstes ergänzen die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten im Krankenhaus. Sie beraten in sozialen Fragen und vermitteln Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI (SGB V und SGB XI), die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, wie Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der nachstationären Pflege.</p>
MP64	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Ein spezielles Angebot für die Öffentlichkeit erfolgt durch das Klinikjournal, die mehrmals im Jahr stattfindenden Patienteninformationstage und die Teilnahme an den regionalen und überregionalen Gesundheitsmessen bzw. Gesundheitstagen. Seit 2010 ist das Sana Krankenhaus Templin Mitgliedsklinik des Internetportals www.qualitätskliniken.de.</p>
MP13	<p>Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen Die Diabetiker-Schulung ist ein integraler Bestandteil einer erfolgreichen Diabetikerbehandlung. In dieser Schulung soll der Diabetiker die notwendigen Informationen für den täglichen Umgang mit seiner Krankheit erlernen. Diabetiker-Schulungen werden von einer qualifizierten Pflegefachkraft durchgeführt und finden in Gruppen von max. 10 Personen, mehrmals jährlich in Blöcken von je 5 Schulungen jeweils Dienstags von 12.00 – 15.00 Uhr in den Räumlichkeiten des Krankenhauses statt. Dieses Angebot gilt sowohl im Rahmen des stationären Aufenthaltes, als auch für ambulante und nachstationäre Diabetiker. Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungen zu diesem Thema für ambulante Pflegeeinrichtungen angeboten.</p>
MP43	<p>Stillberatung Die Stillberatung wird durch die freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Nachbetreuung im Wochenbett als auch ambulant angeboten.</p>
MP45	<p>Stomatherapie/-beratung Im Rahmen der Stomatherapie/-beratung besteht eine enge Kooperation mit externen Anbietern, die eine adäquate Stomatherapie und Beratung sicherstellen.</p>
MP47	<p>Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik Durch die ortsansässigen Sanitätshäuser ist eine zeitnahe Versorgung mit allen notwendigen Hilfsmitteln gewährleistet. Die Koordination wird durch den Sozialdienst und die Stationspflegeleitungen übernommen.</p>
MP51	<p>Wundmanagement Um eine moderne Wundbehandlung zu gewährleisten, wurden am Sana Krankenhaus Templin sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Dienst Mitarbeiter im Wundmanagement ausgebildet.</p>
MP52	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Die Koordination mit den ortsansässigen Selbsthilfegruppen findet durch den Sozialdienst des Hauses statt. Dieser übernimmt die Kontaktaufnahme zwischen Patient/Angehörigen und den Selbsthilfegruppen.</p>

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
SA43	Abschiedsraum Um Angehörigen die Gelegenheit zu geben von ihren Verstorbenen Abschied nehmen zu können, wurde ein eigens dafür würdevoll gestalteter Raum eingerichtet. Dieser Raum ist so gestaltet, dass er allen religiösen Gemeinschaften offen steht und kann, je nach Bedarf, mit religiösen Symbolen und Blumen geschmückt werden.
SA01	Aufenthaltsräume Auf allen Stationen, mit Ausnahme der Intensiveinheit, befinden sich Aufenthaltsräume für Patienten und deren Angehörige in denen sie Trinkwasserspender, Gesellschaftsspiele und ausgewählte Literatur finden.
SA59	Barrierefreie Behandlungsräume Alle Behandlungsräume sind barrierefrei gestaltet.
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Jeder Station steht ein modern eingerichtetes Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen Mobilitätseingeschränkte Patienten haben auf jeder Station die Möglichkeit, Nasszellen mit entsprechender Ausstattung zu nutzen.
SA07	Rooming-in Zum Angebot des Krankenhauses gehört das Rooming-in, welches es Müttern und Vätern oder anderen Bezugspersonen erlaubt, mit einem kranken Kind oder auf der Säuglingsstation zu verweilen und dort auch zu übernachten.
SA09	Unterbringung Begleitperson Auf allen Stationen erhalten Begleitpersonen die Möglichkeit auf Wunsch und gegen Entgelt im Krankenhaus untergebracht zu werden.
SA10	Zwei-Bett-Zimmer Alle Stationen verfügen über mehrere Zwei-Bett-Zimmer.
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Auf den Stationen der Chirurgie und der Inneren Abteilung befindet sich je ein behindertengerechtes Zwei-Bett-Zimmer mit großzügiger Nasszelle.
SA61	Betten und Matratzen in Übergröße Bei Bedarf besteht die Möglichkeit des Umbaus der Patientenbetten auf Überlänge.
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Alle Patientenzimmer verfügen über Fernsehgeräte, welche kostenfrei genutzt werden können.
SA17	Rundfunkempfang am Bett Über einen Medienanschluss an jedem Patientenbett können ausgewählte Radiosender empfangen werden.



→ **A-10**
Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
SA18	Telefon Allen Patienten steht ein kostenpflichtiges Telefon am Bett zur Verfügung. Die dafür notwendige Karte kann an einem Automaten im Foyer erworben werden. Die Mitarbeiter der Aufnahme/Information sind dabei gern behilflich.
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/im Zimmer In jedem Patientenschrank befindet sich ein abschließbares Wertfach.
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) Es besteht die Möglichkeit das Mittagessen aus verschiedenen Komponenten zweier Menüs selbst zusammenzustellen.
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung Für die Patienten stehen auf allen Stationen und Funktionsbereichen kostenfrei Mineralwasser und Tee bereit.
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet Das Frühstück und Abendbrot wird in Buffetform mittels mobiler Buffetwagen gereicht.
SA46	Getränkeautomat Im Foyer des Krankenhauses befindet sich ein kostenpflichtiger Getränkeautomat mit kalten und warmen Getränken.
SA47	Nachmittagstee/-kaffee Auf den Stationen wird den Patienten ein Nachmittagstee/-kaffee gereicht.
SA23	Cafeteria Im Foyer des Krankenhauses befindet sich das Cafe Sana, welches täglich geöffnet ist. Neben Getränken, Snacks und Kuchen werden auch Zeitschriften angeboten.
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen Mehrmals im Jahr finden Sonntagsvorlesungen der verschiedenen Fachabteilungen für Patienten, Mitarbeiter und interessierte Bürger statt.
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen In unmittelbarer Nähe des Haupteinganges befinden sich klinikeigene Parkplätze. Die behindertengerechten Parkplätze befinden sich direkt vor dem Haupteingang.
SA52	Postdienst Im Eingangsbereich steht den Patienten ein Briefkasten zur Verfügung. Dieser wird einmal täglich geleert und der öffentlichen Post zugeleitet.
SA34	Rauchfreies Krankenhaus Das Krankenhaus ist für Mitarbeiter, Patienten und Besucher rauchfrei. Dennoch bieten wir Rauchern ausgewiesene Plätze außerhalb des Gebäudes an.



→ **A-10**
Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
SA55	Beschwerdemanagement Jeder Patient hat die Möglichkeit seine Meinung oder Anregung bezüglich seines Aufenthaltes mitzuteilen. Hierfür steht ihm der Fragebogen „Ihre Rückmeldung ist uns wichtig“ zur Verfügung, den der Patient bereits bei der Aufnahme überreicht bekommt. Ferner kann er direkte Beschwerden von einem Mitarbeiter oder der Beschwerdebeauftragten aufnehmen lassen.
SA41	Dolmetscherdienste Fremdsprachenkundige Mitarbeiter stehen als Dolmetscher zur Verfügung. Patientenaufklärungsbogen liegen in mehreren Fremdsprachen vor.
SA56	Patientenfürsprache Eine Patientenfürsprecherin besucht in regelmäßigen Abständen Patienten und berichtet einmal im Quartal der Krankenhausleitung über Anregungen, Wünsche und Kritik der Patienten.
SA42	Seelsorge Die Mitarbeiter der Stationen und Bereiche sowie der Sozialdienst stellen ggf. den Kontakt zum Seelsorger her.
SA00	Babygalerie Die jüngsten Erdenbürger werden mit Einverständnis der Eltern auf unserer Homepage in der Babygalerie veröffentlicht.
SA00	Gruß senden Über unsere Homepage können Angehörige bzw. Bezugspersonen einen Gruß an einen Patienten des Sana Krankenhauses Templin senden. Dieser Gruß wird ausgedruckt und dem Empfänger durch die Hauspost zugestellt.
SA00	Ihre Meinung Wenn Patienten während ihres Aufenthaltes bei uns etwas besonders gut gefunden haben oder uns Anregungen und Wünsche mitteilen möchten, dann können sie über unsere Homepage ein eingestelltes Formular nutzen, um dies zu tun.
SA00	Raum der Stille Im Erdgeschoss des Krankenhauses befindet sich der Raum der Stille, der den Patienten oder seinen Angehörigen als Rückzugsmöglichkeit oder Ort der stillen Einkehr dient.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Trifft nicht zu

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Im Rahmen der Studierendenausbildung können im Sana Krankenhaus Templin Famulaturen durchgeführt werden.
FL00	Weiterbildungsbefugnisse im Ärztlichen Dienst Im Ärztlichen Dienst liegen Weiterbildungsbefugnisse für die Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe vor.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin In Kooperation mit der Medizinischen Schule Uckermark e.V.
HB00	Altenpfleger und Altenpflegerin Als Einrichtung für die praktische Ausbildung in Kooperation mit der Medizinischen Schule Uckermark e.V.
HB00	Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und Gesundheits- und Krankenpflegehelferin Als Einrichtung für die praktische Ausbildung in Kooperation mit der Medizinischen Schule Uckermark e.V.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

119

A-13**Fallzahlen des Krankenhauses**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	5.528
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	
Fallzählweise	9.025

A-14**Personal des Krankenhauses****A-14.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	24,5 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	17,8 Vollkräfte

A-14.2**Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	43,9 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter des stationären Bereiches, der Intensivstation, Anästhesie- und OP-Abteilung sowie der Funktionsdiagnostik.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	19,3 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter des stationären Bereiches, der Intensivstation, Anästhesie- und OP-Abteilung sowie der Funktionsdiagnostik.



→ **A-14.2**
Pflegepersonal

	Anzahl		Ausbildungsdauer
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2	Vollkräfte	2 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,5	Vollkräfte	1 Jahr
Entlassmanager/-in	1	Vollkraft	3 Jahre Gesundheits- und Kranken- pflegerin mit Weiterbildung Entlassmanagement. Die Ent- lassmanagerin steht allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.
Hygienefachkraft	1	Vollkraft	Die Hygienefachkraft steht allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.
Serviceassistent/-in	2,8	Vollkräfte	

A-14.3
Spezielles therapeutisches Personal

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Die Physiotherapeutinnen stehen allen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses zur Verfügung.	2,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,8 Vollkräfte
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal Die MTA/MTF stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,6 Vollkräfte
SP00	Medizinisch-technischer Röntgenassistent und Medizinisch-tech- nische Röntgenassistentin Die MTRA stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	4 Vollkräfte

A-15 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	✓
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen Auf allen Stationen und in den Funktionsbereichen befinden sich Defibrillatoren.	
AA65	Echokardiographiegerät		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	✓
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	✓
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren	
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreatiograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät	
AA20	Laser		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		✓
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	✓
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		



→ **A-15**
Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
AA58	24h-Blutdruck-Messung		
AA59	24h-EKG-Messung		
AA62	3-D/4-D-Ultraschallgerät		
AA63	72h-Blutzucker-Messung		
AA00	Teleneurologie	Zugelassene Videokonferenztechnologie zur Betreuung von Schlaganfallpatienten. In Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn ist das Hinzuziehen eines Neurologen 24. Std. täglich gewährleistet.	✓
AA00	Neonatologische Ausstattung	Technische Ausstattung für die Behandlung und Betreuung von Frühgeborenen und Risiko-neugeborenen. 3 Inkubatoern/Beatmungseinheit/Beatmungsgerät Babyflow 8000/Bubble-CPAP/Wärmebett/ 4 Monitore mit Pulsoxymetrie	✓
AA00	Neugeborenenhörscreening	Untersuchung des Hörvermögens zur Diagnostik von angeborenen Hörstörungen.	

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT
TEIL B

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Datenschutzhinweis:
Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle angegeben.

B-1 Allgemein Chirurgie und Traumatologie

B-1.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Allgemeinchirurgie und Traumatologie
-------------------------------	--------------------------------------

Kontakt Daten

Chefarzt / Chefärztin	Dr. med. Hans Peter Conrad
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-230
Telefax	03987 42-455
E-Mail	hp.conrad@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

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

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-1.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
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
VC66	Arthroskopische Operationen



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.2**
Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin

B-1.4
Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot
SA00	Verbandszimmer Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgt die Wundversorgung bei gefährigten Patienten durch den Arzt in unserem separaten Verbandszimmer.

B-1.5
Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.417
Teilstationäre Fallzahl	0

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-1.6**Diagnosen nach ICD****B-1.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	81	Gallensteinleiden
2	M23	71	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
3	S06	65	Verletzung des Schädelinneren
4	K40	58	Leistenbruch (Hernie)
5	K35	55	Akute Blinddarmentzündung
6	S72	49	Knochenbruch des Oberschenkels
7	S52	46	Knochenbruch des Unterarmes
8	M75	44	Schulterverletzung
9	S82	40	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
10	M20	37	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
11	S42	33	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
12	E11	31	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2
13	I84	30	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms – Hämorrhoiden
14	R10	30	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
15	S83	27	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
16	K43	25	Bauchwandbruch (Hernie)
17	K57	25	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose
18	M17	24	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
19	L03	22	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone
20	I83	20	Krampfadern der Beine
21	S32	18	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
22	T81	18	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
23	M54	17	Rückenschmerzen



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.6.1**
Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
24	C18	16	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
25	E04	16	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
26	L89	16	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone
27	M67	16	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit
28	K61	15	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
29	S22	15	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
30	K56	14	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-1.6.2
Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10 Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
S06.0	63	Verletzung des Schädelinneren
M23.2	43	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
K35.8	40	Akute Blinddarmentzündung
K80.1	39	Gallensteinleiden
K40.9	35	Leistenbruch (Hernie)
K80.0	35	Gallensteinleiden
S72.1	25	Knochenbruch des Oberschenkels
M75.4	21	Schulterverletzung
M20.1	18	Nicht angeborene Verformung von Fingern bzw. Zehen
I84.1	16	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms
S82.6	16	Knochenbruch des Unterschenkels einschließlich des oberen Sprunggelenkes
K57.3	15	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose
M23.3	15	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.6.2**
Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10 Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
E04.2	14	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
S42.2	14	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarmes
S72.0	14	Knochenbruch des Oberschenkels
K43.9	13	Leistenbruch (Hernie)
M67.8	12	sonstige Gelenkhaut bzw. Sehnenkrankheit
S82.8	10	Knochenbruch des Unterschenkels einschließlich des oberen Sprunggelenkes
K66.0	7	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)

B-1.7
Prozeduren nach OPS

B-1.7.1
Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-893	186	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
2	8-930	184	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	5-812	179	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
4	3-225	104	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
5	5-810	100	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
6	5-916	99	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
7	5-811	98	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
8	8-800	87	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
9	5-511	83	Operative Entfernung der Gallenblase
10	5-814	82	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ B-1.7.1
Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	5-788	81	Operation an den Fußknochen
12	5-469	72	Sonstige Operation am Darm
13	3-200	58	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
14	5-932	58	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
15	5-530	58	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
16	8-190	57	Spezielle Verbandstechnik
17	8-919	56	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen
18	5-470	54	Operative Entfernung des Blinddarms
19	8-390	52	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
20	5-794	51	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
21	5-790	49	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
22	5-850	45	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
23	5-931	45	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind
24	5-787	45	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
25	1-632	43	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
26	8-176	43	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke
27	8-831	42	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
28	5-793	41	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
29	5-809	41	Sonstige offene Gelenkoperation
30	5-455	36	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-1.7.2**Weitere Kompetenz-Prozeduren**

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-190.10	26	Spezielle Verbandstechnik
5-865.7	20	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
5-069.4	18	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüse
8-190.11	16	Spezielle Verbandstechnik
1-694	14	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
5-455.75	9	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
1-654.1	8	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
5-820.41	7	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes

B-1.8**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Ambulantes Zentrum	VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
			VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
			VC24	Tumorchirurgie
			VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
			VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
			VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
			VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.8**
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung	
		VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
		VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
		VC51	Chirurgie chronischer Schmerz-erkrankungen	
		VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
		VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
		VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
		VC58	Spezialsprechstunde	
		VC61	Dialyseshuntchirurgie	
		VC62	Portimplantation	
		VC63	Amputationschirurgie	
		VC66	Arthroskopische Operationen	
Die jeweiligen Sprechstunden sind auf der Krankenhaushomepage veröffentlicht.				
AM08	Notfallambulanz (24h)	Rettungsstelle	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 Lumbosakral-gegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
			VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.8**
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
		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
		VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
		VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
		VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
		VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	24 Std. Versorgung von Notfallpatienten.		
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz Hier werden Arbeits- und Wegeunfälle behandelt.	D-Arzt Sprechstunde	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V Die Patienten erhalten einen Termin zur Vorstellung in der jeweiligen Sprechstunde.	Vor- und Nachstationäre Sprechstunde	
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde	

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-1.9**Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-056	42	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
2	5-385	37	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
3	5-787	32	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
4	5-399	28	Sonstige Operation an Blutgefäßen
5	5-851	23	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
6	5-392	14	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene
7	5-984	9	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
8	5-790	9	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
9	5-492	9	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
10	5-041	9	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
11	5-894	8	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
12	5-895	≤ 5	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
13	5-893	≤ 5	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
14	5-842	≤ 5	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
15	5-401	≤ 5	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
--	----

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

B-1.11**Personelle Ausstattung****B-1.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,7 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,7 Vollkräfte

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF28	Notfallmedizin
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF00	Traumatologie
ZF00	Fußchirurgie

ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

**B-1.11.2
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	18,8 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der chirurgischen Station, 2,0 VK Intensivstation sowie die Mitarbeiter des OP und der Anästhesie.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	7,2 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der chirurgischen Station und 2,0 VK Intensivstation.
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Vollkräfte	2 Jahre
Serviceassistentin	1 Vollkraft	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie <ul style="list-style-type: none"> • 3,75 VK staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Weiterbildung Intensiv-/Anästhesiepflege im OP. • 2,0 VK staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Weiterbildung Intensiv-/Anästhesiepflege auf der Intensivstation.
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin besitzt die Weiterbildung zur Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten.
PQ08	Operationsdienst 6 VK staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit Weiterbildung Krankenschwester/Krankenpfleger für den Operationsdienst/zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit Weiterbildung zur Praxisanleitung.



ALLGEMEINCHIRURGIE UND TRAUMATOLOGIE

→ **B-1.11.2
Pflegepersonal**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung Zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen besitzen die Weiterbildung zur Praxisanleitung.
ZP13	Qualitätsmanagement Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin besitzt die Weiterbildung zur internen Prozessbegleiterin/-beraterin Qualitätsmanagement nach CBO.
ZP16	Wundmanagement Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin besitzt die Weiterbildung Wundmanagement Teil 1 nach ICW.

**B-1.11.3
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Die Dienstleistungen der Diätassistentin stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung. Diese Leistung erfolgt in Kooperation mit dem Speisenservicer SCS.	1 Vollkraft
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Die Physiotherapeutinnen stehen allen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses zur Verfügung.	2,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,8 Vollkräfte
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte Die Wundmanager werden auf Nachfrage auch in anderen Abteilungen beratend und unterstützend tätig.	1 Vollkraft

B-2 Innere Medizin

B-2.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Innere Medizin
-------------------------------	----------------

Kontaktdaten

Chefarzt / Chefärztin	Dr. med. Klaus-Dieter Burkhardt
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-243
Telefax	03987 42-249
E-Mail	k.burkhardt@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

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

INNERE MEDIZIN

B-2.2**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen 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)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
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
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde Gastroenterologische Spezialsprechstunde/Palliativmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen



INNERE MEDIZIN

→ **B-2.2**
Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI35	Endoskopie Gastroskopie/Koloskopie/ERCP/Bronchoskopie/Endosonographie rektal
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-2.5
Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.544
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6
Diagnosen nach ICD

B-2.6.1
Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I10	187	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
2	I20	154	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris
3	I50	154	Herzschwäche
4	I48	129	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
5	R55	95	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
6	F10	81	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
7	J18	73	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet



INNERE MEDIZIN

→ B-2.6.1
Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	J44	58	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD
9	E11	56	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2
10	I21	56	Akuter Herzinfarkt
11	G45	51	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
12	I63	42	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt
13	G40	39	Anfallsleiden – Epilepsie
14	M54	38	Rückenschmerzen
15	I64	36	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Blutgefäßverschluss bezeichnet
16	A09	35	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
17	N39	33	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
18	H81	31	Störung des Gleichgewichtsorgans
19	J20	31	Akute Bronchitis
20	K29	31	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
21	E86	30	Flüssigkeitsmangel
22	I47	28	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
23	K85	27	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
24	K80	25	Gallensteinleiden
25	I26	21	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie
26	R10	20	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
27	I80	19	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung
28	A08	19	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
29	C91	19	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)
30	K26	18	Zwölffingerdarmgeschwür

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

INNERE MEDIZIN

B-2.6.2**Weitere Kompetenzdiagnosen**

ICD-10 Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I10.0	185	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
I50.1	110	Linksherzschwäche
I20.8	103	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris
J44.1	56	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD
F10.3	46	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol – Entzugssyndrom
I50.0	44	Rechtsherzschwäche
G45.8	43	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
I21.4	29	Akuter Herzinfarkt
E11.9	25	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ II
I47.1	22	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
F10.0	21	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol – Alkoholintoxikation
D64.8	16	Blutarmut
I63.5	16	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt
K70.3	14	Leberkrankheit durch Alkohol
K25.0	12	Magengeschwür, blutend
K57.3	11	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose
I21.9	10	Akuter Herzinfarkt

INNERE MEDIZIN

**B-2.7
Prozeduren nach OPS****B-2.7.1
Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	605	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	8-930	508	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	3-200	501	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	1-650	228	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie
5	3-225	194	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
6	8-800	186	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	3-222	166	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
8	1-207	140	Messung der Gehirnströme – EEG
9	1-440	119	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
10	3-220	89	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
11	3-052	87	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE
12	5-513	74	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
13	8-390	60	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
14	8-98b	55	Sonstige fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls
15	8-640	50	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation
16	1-444	49	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
17	3-203	42	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
18	8-831	35	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
19	5-452	34	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
20	8-701	30	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation
21	1-424	22	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt



INNERE MEDIZIN

→ **B-2.7.1**
Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
22	5-429	20	Sonstige Operation an der Speiseröhre
23	5-449	20	Sonstige Operation am Magen
24	8-981	19	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls
25	8-810	16	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
26	8-987	14	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
27	8-123	13	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungs-sonde
28	1-620	13	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
29	5-431	13	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
30	8-542	13	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut

B-2.7.2
Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-650.1	175	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung
8-800.c0	173	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger – dabei werden ggf. mehrere Konserven verwendet
1-207.0	133	Messung der Gehirnströme – EEG mit 10/20 Elektroden
1-440.a	118	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
1-444.7	31	Entnahme einer bis zu fünf Gewebeproben (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt
1-650.2	30	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung
5-513.1	30	Operation an den Gallengängen während einer Magenspiegelung
5-513.21	21	Operation an den Gallengängen während einer Magenspiegelung mit Entfernung eines Gallensteines
1-650.0	20	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung
1-620.01	11	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung

INNERE MEDIZIN

B-2.8
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebote Leistung
AM07	Privatambulanz		Privatsprechstunde
AM08	Notfallambulanz (24h)	VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
		VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
		VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
		VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
		VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
		VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
		VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
		VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
		VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
		VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
		VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
		VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
		VI40	Schmerztherapie

Diagnostik und Erstversorgung von Notfallpatienten



INNERE MEDIZIN

→ **B-2.8**
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung	
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V	Funktionsabteilung	VI35	Endoskopie
Diagnostik des Magen-Darm-Traktes mittels Magen- oder Darmspiegelung				
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V	Hämatologisch-Onkologische Ambulanz	LK09	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis
			LK15	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
AM00	Sonstiges Spezialsprechstunde	Palliativsprechstunde	VI27	Spezialsprechstunde
			VI38	Palliativmedizin
AM00	Sonstiges Gastroenterologische Spezialsprechstunde	Funktionsabteilung		
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Funktionsabteilung	VI35	Endoskopie
Diagnostik des Magen-Darm-Traktes mittels Magen- oder Darmspiegelung. Im Jahr 2010 wurden 487 Magen-spiegelungen und 595 Darmspiegelungen ambulant durchgeführt.				

INNERE MEDIZIN

B-2.9**Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	95	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie
2	5-452	8	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	≤ 5	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung

B-2.10**Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Nicht vorhanden

B-2.11**Personelle Ausstattung****B-2.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,3 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,8 Vollkräfte

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ23	Innere Medizin

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)
ZF30	Palliativmedizin
ZF00	Gastroenterologie

INNERE MEDIZIN

**B-2.11.2
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	17,3 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der internistischen Station, 3,0 VK auf der Intensivstation, 2,8 VK in der Funktionsdiagnostik und 0,75 VK in der Onkologie.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,5 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der internistischen Station und 1,0 VK auf der Intensivstation.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,5 Vollkräfte	1 Jahr
Serviceassistentin	1 Vollkraft	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie 2,0 VK Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Weiterbildung Intensiv/Anästhesiepflege.
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten 2 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen besitzen die Weiterbildung zur Leitung von Stationen und Funktionseinheiten.

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik Eine MTA für Funktionsdiagnostik und eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung Endoskopie.
ZP12	Praxisanleitung 3 Mitarbeiterinnen sind als Praxisanleiter weitergebildet.
ZP13	Qualitätsmanagement Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin und eine MTF besitzen die Weiterbildung zur internen Prozessbegleiterin/-beraterin Qualitätsmanagement nach CBO.
ZP16	Wundmanagement Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung.

INNERE MEDIZIN

B-2.11.3**Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Die Dienstleistungen der Diätassistentin stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung. Diese Leistung erfolgt in Kooperation mit dem Speisenservicer SCS.	1 Vollkraft
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Die Physiotherapeutinnen stehen allen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses zur Verfügung.	2,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,8 Vollkräfte
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte Die WundmanagerInnen werden auf Nachfrage auch in anderen Abteilungen beratend und unterstützend tätig.	1 Vollkraft

B-3 Gynäkologie und Geburtshilfe

B-3.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Gynäkologie und Geburtshilfe
-------------------------------	------------------------------

Kontaktdaten

Chefarzt / Chefärztin	Dr. med. Hassan El Mostafa
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-250
Telefax	03987 42-455
E-Mail	h.mostafa@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

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

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.2**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG19	Ambulante Entbindung
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

B-3.3**Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP01	Akupressur Als eine Alternative zur Schmerzbehandlung wird die Akupressur angewandt.
MP02	Akupunktur Gezielte Einstiche mit feinen Nadeln können die Geburt positiv beeinflussen. Durch Akupunktur kann der Geburtsverlauf verkürzt werden und eine sanftere Geburt erfolgt.
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie Wird durch die freiberuflichen Hebammen sowohl ambulant als auch stationär angeboten.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen Vor- und Nachbetreuung durch unsere freiberuflichen Hebammen.
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik Wird durch die freiberuflichen Hebammen sowohl ambulant als auch stationär angeboten.

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.4**Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot
SA00	Kreißsalausstattung Der Kreißsaal ist mit zwei Entbindungsräumen und modernen Entbindungsbetten familiär eingerichtet.
SA00	Direkte Anbindung an den OP Der Kreißsaal liegt in direkter Nähe zum OP. Ein Schleusensystem gewährt die direkte Versorgung des Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt durch den Kinderarzt.

B-3.5**Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	898
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6**Diagnosen nach ICD****B-3.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	240	Neugeborene
2	O48	56	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht
3	O42	38	Vorzeitiger Blasensprung
4	D25	34	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
5	N81	31	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
6	N39	30	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
7	O80	27	Normale Geburt eines Kindes
8	N83	26	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
9	N92	21	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung
10	O60	20	Vorzeitige Wehen und Entbindung



GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

→ **B-3.6.1**
Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	R10	17	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
12	O82	16	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt
13	O65	15	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens
14	O62	14	Ungewöhnliche Wehentätigkeit
15	O64	14	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
16	N95	13	Störung im Zusammenhang mit den Wechseljahren
17	O21	13	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
18	O70	13	Dammriss während der Geburt
19	D27	13	Gutartiger Eierstocktumor
20	O03	12	Spontane Fehlgeburt

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-3.6.2
Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10 Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
Z38.0	240	Neugeborene
N39.3	29	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
N83.2	23	Nichtentzündliche Erkrankung des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
D25.1	21	Gutartiger Tumor der Gebärmutterhalsmuskulatur
N81.1	12	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
C54.1	9	Gebärmutterkrebs
D25.2	7	Gutartiger Tumor der Gebärmutterhalsmuskulatur
N81.2	7	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.7**Prozeduren nach OPS****B-3.7.1****Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	256	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	9-261	107	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
3	5-749	91	Sonstiger Kaiserschnitt
4	5-690	71	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut – Ausschabung
5	9-260	61	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
6	5-683	53	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
7	5-730	50	Künstliche Fruchtblasensprengung
8	5-758	48	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
9	1-672	46	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
10	5-738	42	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
11	8-930	40	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
12	5-593	31	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide
13	5-704	30	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
14	5-740	29	Klassischer Kaiserschnitt
15	5-681	27	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
16	5-469	27	Sonstige Operation am Darm
17	1-694	23	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
18	5-653	20	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
19	8-910	16	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
20	3-225	14	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.7.2**Weitere Kompetenz-Prozeduren**

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-749.11	38	Sonstiger Kaiserschnitt
5-593.20	30	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide
5-683.01	24	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide
5-704.00	21	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
5-683.00	14	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter durch einen Bauchschnitt
5-653.32	12	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
5-671.0	11	Operative Entfernung einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
5-651.92	8	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
5-657.62	6	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
5-704.10	≤ 5	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide

B-3.8**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	Ambulantes Zentrum	VG05	Endoskopische Operationen
			VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
			VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
			VG16	Urogynäkologie
			VG19	Ambulante Entbindung

Gynäkologische Sprechstunde



GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

→ **B-3.8**
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM07	Privatambulanz	Ambulante Privatsprechstunde		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Rettungsstelle		
		Versorgung von Notfallpatientinnen		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Gynäkologische Sprechstunde		
		Vor- und nachstationäre Behandlung		
AM00	Sonstiges	Geburtsplanung		
	Geburtsplanung			
		Geburtsplanung gemäß Mutterschaftsvorsorge durch den Chefarzt		

B-3.9
Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	159	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut – Ausschabung
2	1-672	132	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
3	5-751	54	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft
4	5-711	28	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
5	5-681	20	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
6	5-672	11	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses
7	1-471	8	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter-schleimhaut ohne operativen Einschnitt
8	5-667	≤ 5	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas
9	1-694	≤ 5	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
10	5-663	≤ 5	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters – Sterilisationsoperation bei der Frau

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

B-3.10**Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Nicht vorhanden

B-3.11**Personelle Ausstattung****B-3.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	3,3 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	2 Vollkräfte

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

**B-3.11.2
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	7,8 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der gynäkologischen Station und 3,3 VK auf der Intensivstation.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	2,5 Vollkräfte	3 Jahre
Serviceassistentin	1 Vollkraft	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP12	Praxisanleitung Zwei Mitarbeiterinnen sind als Praxisanleiter weitergebildet.

**B-3.11.3
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Die Dienstleistungen der Diätassistentin stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung. Diese Leistung erfolgt in Kooperation mit dem Speisenservicer SCS.	1 Vollkraft
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Die Physiotherapeutinnen stehen allen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses zur Verfügung.	2,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,8 Vollkräfte
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte Die WundmanagerInnen werden auf Nachfrage auch in anderen Abteilungen beratend und unterstützend tätig.	2 Vollkräfte

B-4 Kinder- und Jugendmedizin

B-4.1

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name der Fachabteilung	Kinder- und Jugendmedizin
-------------------------------	---------------------------

Kontaktdaten

Chefarzt / Chefärztin	Dr. med. Ruth Mähl
Straße und Nummer	Robert-Koch-Straße 24
PLZ und Ort	17268 Templin
Telefon	03987 42-220
Telefax	03987 42-455
E-Mail	r.maehl@sana-kt.de
Webadresse	www.sana-kt.de

Haupt-/Belegabteilung

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

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

B-4.2**Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
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
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin Anerkennung als Neonatologischer Schwerpunkt
VK25	Neugeborenencreening
VK36	Neonatologie
VK00	Neonatologischer Schwerpunkt

B-4.3**Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP36	Säuglingspflegekurse Erfolgen im Rahmen der Geburtsvorbereitungskurse.
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik Neugeborenenhörscreening zur Diagnostik von angeborenen Hörstörungen.

B-4.4**Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot
SA50	Kinderbetreuung Von Montag bis Freitag steht für einige Stunden eine Dame für die Kinderbetreuung zur Verfügung.

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

B-4.5**Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	669
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6**Diagnosen nach ICD****B-4.6.1****Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S06	59	Verletzung des Schädelinneren
2	A09	53	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
3	J20	50	Akute Bronchitis
4	G40	39	Anfallsleiden – Epilepsie
5	J15	30	Lungenentzündung durch Bakterien
6	K35	28	Akute Blinddarmentzündung
7	J06	25	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
8	K52	24	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
9	R10	24	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
10	A08	19	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
11	N39	16	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
12	R11	15	Übelkeit bzw. Erbrechen
13	R55	15	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
14	J03	10	Akute Mandelentzündung
15	R51	10	Kopfschmerz
16	T67	10	Schaden durch Hitze bzw. Sonnenlicht
17	P37	9	Sonstige angeborene Krankheit durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten
18	P07	7	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht



KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

→ **B-4.6.1**
Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer*	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
19	T62	7	Giftige Wirkung sonstiger schädlicher Substanzen, die mit der Nahrung aufgenommen wurden
20	J21	6	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege – Bronchiolitis

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-4.6.2
Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10 Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
G40.3	38	Anfallsleiden – Epilepsie

B-4.7
Prozeduren nach OPS

B-4.7.1
Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	202	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	1-207	139	Messung der Gehirnströme – EEG
3	5-470	24	Operative Entfernung des Blinddarms
4	3-200	21	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	1-204	10	Untersuchung der Hirnwasserräume
6	5-640	7	Operation an der Vorhaut des Penis
7	8-902	6	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege
8	8-010	6	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen
9	8-560	6	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie
10	1-632	6	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

B-4.7.2**Weitere Kompetenz-Prozeduren**

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-207.0	88	Messung von Gehirnströmen – EEG mit 10/20 Elektroden
1-207.1	46	Messung von Gehirnströmen mit Provokationsableitung/Schlafentzugs-EEG/Photostimulation

B-4.8**Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhaus-ärzten)	EEG-Ambulanz bis 18. Lebensjahr		

B-4.9**Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

B-4.10**Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Nicht vorhanden

B-4.11**Personelle Ausstattung****B-4.11.1****Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2,8 Vollkräfte
Davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,8 Vollkräfte

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztqualifikation
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

**B-4.11.2
Pflegepersonal**

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	8,1 Vollkräfte	3 Jahre Umfasst die Mitarbeiter der pädi- atrischen Station/Entbindung.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten Eine Mitarbeiterin besitzt die Weiterbildung zur Leitung von Stationen und Funktionseinheiten. Sie leitet die interdisziplinäre Station Gynäkologie/Pädiatrie/Entbindung.

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP05	Entlassungsmanagement Eine Mitarbeiterin im Entlassmanagement, die allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung steht.
ZP12	Praxisanleitung Eine Mitarbeiterin ist als Praxisanleiterin weitergebildet.

**B-4.11.3
Spezielles therapeutisches Personal**

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin Die Dienstleistungen der Diätassistentin stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung. Diese Leistung erfolgt in Kooperation mit dem Speisenservicer SCS.	1 Vollkraft
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin Die Physiotherapeutinnen stehen allen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses zur Verfügung.	2,2 Vollkräfte
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen allen Abteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.	1,8 Vollkräfte



STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT
TEIL C

Qualitätssicherung

C-1

Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden bis zum 31.12. direkt an die Annahmestelle übermittelt.

C-2

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

C-3

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

Trifft nicht zu

C-4

Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu

C-5

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu

QUALITÄTSSICHERUNG

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

Trifft nicht zu

C-7**Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V**

	Anzahl
Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen:	22
Anzahl der Fortbildungspflichtigen, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen:	19
Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis gemäß §3 der G-BA-Regelungen erbracht haben:	1



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.

Die zentralen Kernaussagen unserer Qualitätspolitik sind:

- 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.

Unsere 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 Krankenhausleitung. Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung sind die Qualitätsmanagementbeauftragte und alle Klinik-, Abteilungs- und Bereichsleiter verantwortlich.

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. Ein Beschwerde-/Feedbacksystem in dem der Umgang mit Hinweisen geregelt ist, wurde bereits 2007 etabliert. Anregungen und Beschwerden werden ernst genommen und unser Handeln danach ausgerichtet. Der Ausbau der Serviceleistungen und des Standards orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird systematisch gepflegt. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes fungieren dabei als Ansprechpartner. Seit 2009 wird dieser durch die Entlassungsmanagerin hierbei unterstützt.

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

QUALITÄTSMANAGEMENT

für ihre beruflichen Aufgaben bestmöglich 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. 2011 stellen wir uns dem Audit berufundfamilie und wollen in den kommenden drei Jahren weitere Handlungsziele und Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie für unsere Mitarbeiter entwickeln und bereithalten. Mit der Unterstützung des Betriebsrates soll 2011 eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden der Geschäftsführung präsentiert und Maßnahmen abgeleitet.

Wir möchten, dass unsere Mitarbeiter ihre Ideen, Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge aktiv einbringen. Daher haben wir eine Betriebsvereinbarung zum Betrieblichen Vorschlagswesen mit dem Gesamtbetriebsrat abgeschlossen. Wir fördern die soziale Kompetenz und das Gemeinschaftsbewusstsein innerhalb unseres Unternehmens. So organisieren wir standortübergreifende Betriebsfeste oder unterstützen die Teilnahme von Mitarbeitern an besonderen Sportereignissen. 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 Qualitätsmanagements ist standortübergreifend für alle Unternehmensteile der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg geregelt.

Wettbewerbsorientierung und Wirtschaftlichkeit

Das Management und die Belegschaft konnten die positive Entwicklung des Unternehmens weiter vorantreiben, was sich am Ende des Berichtszeitraumes erneut in der Erzielung eines positiven wirtschaftlichen Ergebnisses der Sana Berlin-Brandenburg GmbH widerspiegelte. 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 in Dienstberatungen kommuniziert. In den entsprechenden Gremien der Einrichtung werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe festgelegt und durchgeführt. Ein strukturiertes Berichtswesen wurde im gesamten Sana Konzern kontinuierlich aufgebaut.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Die strategische Planung wird kontinuierlich weiterentwickelt. So gibt es im Sana Konzern ein einheitliches Modell für Jahres- und Mehr-Jahresplanungen. Die medizinische Zielplanung umfasst die Identifikation relevanter Daten und Informationen ebenso wie die Bewertung dieser Daten mit den Verantwortungsträgern und daraus abgeleitet ein Maßnahmenkatalog. So wird z.B. ein Einweiserportfolio 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, unerwünschtes Ergebnis einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder unterlassenen Maßnahme. Die klinischen und damit verbundenen haftungsrechtlichen Risiken werden alle drei Jahre, zuletzt 2010, im Rahmen von gegenseitigen Risikoaudits im Sana-Konzern überprüft und die darin festgelegten Maßnahmen auf ihren Umsetzungsstand hin überprüft.

Die ökonomischen Risiken werden quartalsweise eingeschätzt und nach Abstimmung und Bewertung an den Bereich Risikomanagement und Konzernrevision der Sana Kliniken AG weitergeleitet. Ein zentraler Risikomanagementausschuss ist etabliert, ein Risikomanagement-Handbuch wurde erstellt. Ein so genanntes CIRS (Critical Incident Reporting System) zur Analyse kritischer Zwischenfälle/Beinahefehler wurde in den Sana Kliniken Berlin-Brandenburg im Jahr 2008 etabliert. Das CIRS-Auswertungsteam berichtet regelmäßig gegenüber der Krankenhausleitung über die berichteten Fälle und die erzielten Lösungen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Gemäß unserer Qualitätsdefinition gehört es zu unserem Selbstverständnis, kontinuierlich und systematisch eine patienten- und mitarbeiterorientierte Organisationsentwicklung zu betreiben. Dazu gehört u. a. die Durchführung und Nutzung von Befragungen, die Verbesserung der internen und externen Kommunikation sowie die Weiterentwicklung geplanter Behandlungsabläufe und die Etablierung Nationaler Expertenstandards. Die Prozessoptimierung erfolgt dabei gemäß des von Edward

QUALITÄTSMANAGEMENT

Deming entwickelten PDCA-Zyklus, der einen vierphasigen Problemlösungsprozess (Plan-Do-Check-Act) darstellt.

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

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

D-2 Qualitätsziele

Die Kernaussagen unseres Leitbilds spiegeln unsere Qualitätsziele

Unsere Qualitätsziele orientieren sich an der unternehmensweiten Qualitätspolitik der Sana Kliniken AG. Sie leiten sich von den Maßgaben der Strategischen Steuerungsgruppe und der operativen Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement, dem Leitbild der Sana Kliniken Berlin Brandenburg sowie den Auswertungen von Befragungen ab.

Unsere Qualitätsziele basieren auf dem Streben nach stetiger Verbesserung der Unternehmensorganisation, der Weiterentwicklung unserer Fähigkeiten und der kontinuierlichen Verbesserung unseres Leistungsangebotes. Sie sind ausgerichtet auf:

- eine kontinuierlich zu steigende Kundenzufriedenheit
- eine Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit
- und eine ständige Verbesserung der Kommunikation.

Kundenzufriedenheit des Patienten

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt nach einem sinnvollen Einsatz moderner Medizin, der dabei die psychischen und gesellschaftlichen Zusammenhänge berücksichtigt. Durch unser Verhalten bauen wir die Ängste und Unsicherheiten der Patienten ab. Die Eigenverantwortlichkeit der Patienten wird gefördert und dadurch ihre

QUALITÄTSMANAGEMENT

Selbständigkeit erhalten. Die systematische Erfassung von Patientenäußerungen mittels Feedbackbogen unterstützt die kontinuierliche Verbesserung der patientenbezogenen Leistungen.

Politik und Strategie

Gesetzliche Veränderungen, Änderungen im unmittelbaren Umfeld der Klinik, der Dialog mit den Krankenkassen und den Partnern im Gesundheitswesen speisen die Politik und Strategie erfolgreicher Kliniken der Zukunft. Um dem permanenten Wandel unserer heutigen Zeit gerecht zu werden, müssen die gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen im Gesundheitswesen erfüllt werden. Die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen werden durch entsprechende Politik, Pläne, Ziele und Schlüsselprozesse umgesetzt.

Führung und Zielkompetenz

Die Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die Entwicklung und Umsetzung der Unternehmensstrategie. Sie werden damit zu den Botschaftern für eine Kultur der „Excellence“. Durch dieses persönliche Mitwirken werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit motiviert und unterstützt und somit ihre Leistungen anerkannt. Entscheidungen sind durchschaubar, Einwände der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ernst genommen, Informationen rechtzeitig und umfassend weiter gegeben.

Mitarbeiter

Die sinnvolle Planung, der Einsatz von Mitarbeiterressourcen, die Teamorientierung und die Personalpolitik wirken unterstützend, um die vorhandenen Qualitätsziele umzusetzen. Diese Umsetzung erfolgt durch die aktive Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die so zu selbständigem Handeln ermutigt und ermächtigt werden. Die Selbständigkeit und Eigeninitiative durch Übertragung von Verantwortung und Kompetenz in klar festgelegten Arbeitsbereichen wird gefördert. Dies gelingt nur, wenn das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten werden unter den Prämissen kontinuierlichen Lernens, Innovation und Verbesserung.

Prozesse und Ergebnisse

Durch die Verbindung von strategischer Vorgehensweise, Einbindung der Kundenerwartung und Mitarbeiterbeteiligung, werden die klinischen Prozesse der Organisation verbessert und neu gestaltet. Zielführend hierzu sind die Kundenzufriedenheit

QUALITÄTSMANAGEMENT

und Steigerung der Wertschöpfung auf der Basis eines effizienten Kosten-Nutzen-Bewusstseins. Die Qualität der Leistungserbringung innerhalb der klinischen Versorgungsprozesse wird durch die Bewertung in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erhoben. Qualitätssicherung ist integraler Bestandteil ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit. Das Krankenhaus stellt sich im Jahr 2012 der Rezertifizierung nach dem KTQ-Modell.

Partner und Ressourcen

Die Organisation und Optimierung der Zusammenarbeit mit den Partnern des Gesundheitswesens ist ein wichtiger Bestandteil für uns als erfolgreiches Krankenhaus. Es geht darum, Synergien in der Zusammenarbeit zu erzielen, um die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kontinuierlich zu verbessern. Die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und umliegenden stationären oder ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens ist uns hierbei ein besonderes Anliegen, damit die Behandlungskette Hausarzt – Krankenhaus – weiterbetreuende Einrichtung optimal gestaltet wird.

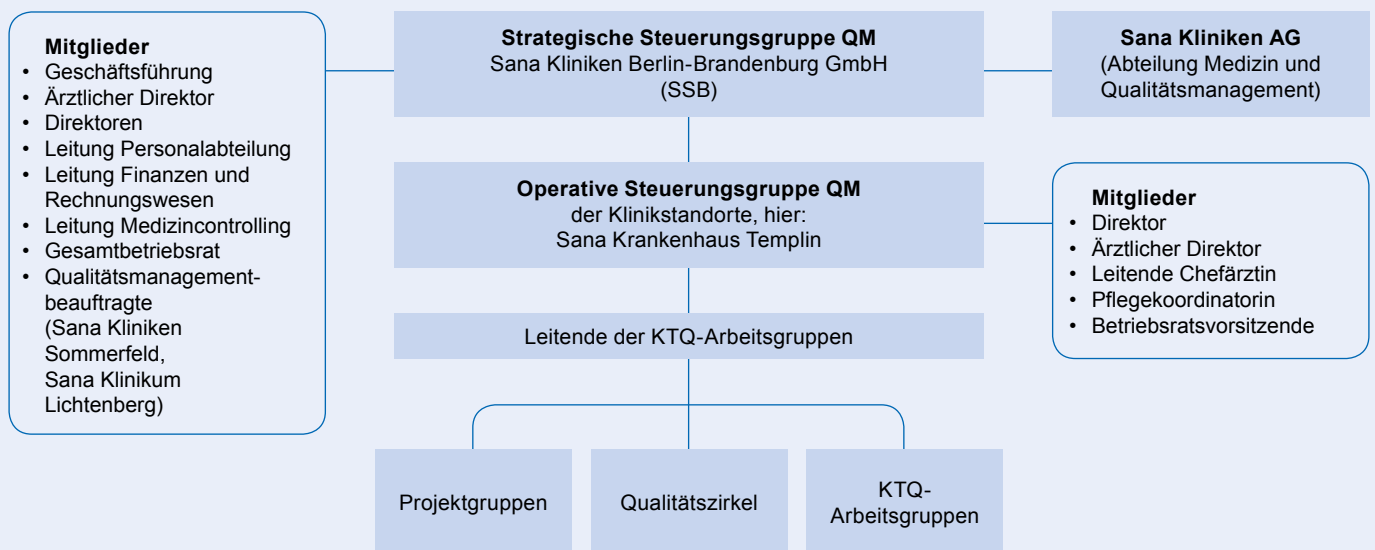
D-3 Aufbau des einrichtungs- internen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und benötigt breite Unterstützung

Die Weiterentwicklung eines umfassenden, systematischen Qualitätsmanagements ist ein fortlaufender Prozess. Er ist ausgerichtet an den Vorgaben aus der Strategischen Steuerungsgruppe QM der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, bestehend aus Geschäftsführung, Ärztlichem Direktor der SBB, den Direktoren der Einrichtungen, den Leitungen der Personalabteilung, der Abteilung Finanzen und Rechnungswesen, des Medizincontrollings, des Gesamtbetriebsrates und den QMB der Standorte Sommerfeld und Lichtenberg.

Im Sana Krankenhaus Templin sind der Aufbau und die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems ebenfalls Führungsaufgabe und liegen in der Verantwortung der Krankenhausleitung. Als beratendes Gremium in Fragen der Organisations- und Qualitätsentwicklung agiert die **Operative Steuerungsgruppe QM**. Sie ist zusammengesetzt aus dem Ärztlichen Direktor der Sana Kliniken Berlin Brandenburg, dem Direktor, der leitenden Chefärztin, der Pflegekoordinatorin und der Betriebsratsvorsitzenden des Sana Krankenhauses Templin. Die Leitung obliegt dem Direktor des Sana Krankenhauses Templin.

QUALITÄTSMANAGEMENT



Zu ihren Aufgaben gehört:

- die Formulierung der Qualitätsgrundsätze und Festlegung der Grundsätze für die angestrebte Leistungsqualität
- die Festlegung der Qualitätsziele
- die Feststellung von Qualitätsproblemen, die Annahme und Gewichtung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung sowie die Empfehlung von Problemlösungen an die Krankenhausleitung
- die Vorabstimmung der Inhalte von Projektaufträgen, die Einholung von Zwischenstands- und Ergebnisberichten aus Projekten, die Bewertung der Lösungsvorschläge sowie die Evaluation der Projektumsetzung
- die Entscheidung über die Qualitätsinformation der Mitarbeiter und Maßnahmen zur Förderung des Qualitätsbewusstseins

Unter der Leitung des Direktors (in Stabsstellenfunktion) ist eine hauptamtliche Mitarbeiterin für Qualitätsmanagement (QMB) tätig.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Zu den Hauptaufgaben der QMB gehören:

- die Gesamtkoordination des Qualitätsmanagements und der laufenden QM-Aktivitäten (Analyse von Qualitätsproblemen sowie Vorbereitung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen)
- die Berichterstattung gegenüber dem Direktor sowie in der Operativen Steuerungsgruppe QM über den Stand der QM-Aktivitäten
- die Begleitung der Fachabteilungen und Bereiche bei der Planung, Durchführung und Kontrolle von Projekten und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen
- die Erstellung und Pflege der notwendigen Dokumente in Zusammenarbeit mit den Fachbereichen, wobei diese für die inhaltliche Richtigkeit verantwortlich sind
- die Organisation zur Planung, Durchführung und Auswertung interner Audits
- die Information der Mitarbeiter nach Maßgabe und im Auftrag der Krankenhausleitung

Die QMB als Verbindungsglied zur Operativen Steuerungsgruppe QM.

Um die Akzeptanz und Durchdringung des Qualitätsmanagementgedankens weiter zu vertiefen, wurden in 2008 drei Mitarbeiterinnen berufsbegleitend zu internen Prozessbegleitern im Qualitätsmanagement nach CBO ausgebildet.

Unser Ziel ist es, die Mitarbeiter aller Bereiche konsequent und konstruktiv in die Gestaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements einzubinden.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Verbesserung der Gesamtqualität durch den Einsatz gezielter QM-Instrumente

Zur kontinuierlichen Messung und Verbesserung der Gesamtqualität werden im Sana Krankenhaus Templin folgende Instrumente erfolgreich eingesetzt.

I. Kundenbefragungen

Patientenbefragung

Im Sana Krankenhaus Templin ist eine kontinuierliche interne Patientenbefragung routinemäßig zur Erhebung der Patientenzufriedenheit etabliert. Hierzu erhält jeder Patient einen Patientenfeedbackbogen „Ihre Rückmeldungen sind wichtig für uns“. Weiterhin sind an zentralen Stellen Briefkästen und Fragebogen angebracht, die

QUALITÄTSMANAGEMENT

Patienten, Angehörige und Besucher zur Meinungsäußerung nutzen können. Die interne Befragung dient als Stimmungsbarometer über die Qualität unserer Leistungen während eines Aufenthaltes in unserem Hause. Durch die steigende Beteiligung der Patienten erhalten wir ein gutes Bild über die aktuellen Stärken und Verbesserungspotentiale, auf die wir dann zeitnah reagieren können.

Die Auswertung der Patientenbefragung erfolgt anonymisiert monatlich auf Abteilungsebene und wird an die Klinikleitung, den Betriebsrat sowie den zuständigen Chefarzt weitergeleitet. Hier werden die Ergebnisse und mögliche Verbesserungsmaßnahmen in den Teams besprochen. In der Operativen Steuerungsgruppe QM erfolgt ebenfalls eine Auswertung und daraus resultieren die Initiierung von Maßnahmen zur Verbesserung in der Patienten- und Serviceorientierung.

Seit 2007 wird in allen Standorten der Sana Kliniken Berlin Brandenburg ein einheitlicher Fragebogen angewandt. Die Strategische Steuerungsgruppe QM erhält jährliche Auswertungen der Kliniken, bewertet diese und leitet ggf. standortübergreifend Verbesserungsaktivitäten ein.

Dazu zählte bspw. die Initiierung von Projekten zum Entlassmanagement, zum Datenschutz oder zur Erhebung von Kennzahlen zur Qualitätsabbildung in den Kliniken. Im gesamten Sana Konzern werden zudem jedes zweite Jahr Patientenbefragungen über ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Die Ergebnisse aller Kliniken werden im Anschluss einem Vergleich (Benchmark) unterzogen, wodurch das Verbesserungspotential jeder einzelnen Einrichtung noch einmal deutlicher wird.

Einweiserbefragung

Ein weiteres Instrument zur Messung von Zufriedenheit mit erbrachter Qualität ist die Einweiserbefragung. Da dem zuweisenden Arzt eine Schlüsselrolle in der Patientensteuerung zukommt, werden im gesamten Sana Konzern alle zwei Jahre Einweiserbefragungen durchgeführt. Auch hier treten wir mit unseren Ergebnissen in den Vergleich mit anderen Sana-Kliniken. Die Auswertungen werden in der Operativen Steuerungsgruppe QM analysiert, in den jeweiligen Fachbereichen besprochen und wiederum Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. Die Wirksamkeiten der Maßnahmen werden dann bei der nächsten Befragung evaluiert.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Mitarbeiterbefragung

Auch die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter wird im Rahmen von Befragungen regelmäßig evaluiert. Aus den Ergebnissen der Befragungen werden verbindliche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Die nächste Mitarbeiterbefragung ist für das Jahr 2011 geplant.

II. Beschwerdemanagement

Beschwerden werden von Mitarbeitern unseres Krankenhauses als Schatz verstanden, der nicht nur zur Beseitigung von Fehlerquellen dient, sondern Einblicke in die Wünsche und Bedürfnisse unserer Patienten bietet. Nur so können wir die eigenen Leistungen noch kundenfreundlicher gestalten.

Die Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH haben daher das Verfahren zum Feedback-/Beschwerdemanagement einheitlich in einer übergreifenden Verfahrensanweisung geregelt. Darin sind der Umgang mit persönlich geäußerten und schriftlichen Beschwerden von Patienten, Angehörigen und Einweisern beschrieben und festgelegt. Unsere Mitarbeiter versuchen selbstverständlich zunächst selbst eine Lösung für ein benanntes Problem zu finden. Sollte dies nicht gelingen, melden sie eine geäußerte Beschwerde noch am gleichen Tag an die Qualitätsmanagementbeauftragte zur weiteren Bearbeitung und Klärung. Die Beschwerden werden anonymisiert in der Operativen Steuerungsgruppe QM ausgewertet und dienen als Grundlage zur Verbesserung der Servicequalität.

III. Analyse qualitätsrelevanter Daten

Weiterhin werden systematisch ausgewählte qualitätsrelevante Daten erhoben, ausgewertet und analysiert, um Abweichungen festzustellen und frühzeitig zu erkennen.

Dies umfasst folgende Themenbereiche:

- im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre (Decubitus)
- im Krankenhaus erworbene Infektionen
- postoperative und fachspezifische Komplikationen
- Transfusionszwischenfälle
- Stürze
- Auswertung hygienerelevanter Daten aus Begehungen und aus der Teilnahme an bundesweiten KISS-Modulen

QUALITÄTSMANAGEMENT

- Schadenfälle
- Arbeitsunfälle
- Belegungsstatistiken unterschiedlicher Blickrichtungen (Patientenzahlen, Behandlungsfälle, Behandlungsarten, nach Indikationen, nach Kostenträgern etc.)
- finanzwirtschaftliche Statistiken

IV. Extern vergleichende Qualitätssicherung

Ziel der extern vergleichenden Qualitätssicherung (nach §137 SGB V) ist der bundesweite Vergleich von medizinischen und pflegerischen Leistungen für bestimmte Leistungsbereiche, um die Qualität der Krankenhausversorgung in Deutschland sichtbar zu machen, zu bewahren und zu entwickeln. (Quelle BQS)

Die Auswertung erfolgt jeweils für das Vorjahr durch die BQS. Dazu werden verschiedene Parameter mit festgelegten Standardwerten und den Werten anderer Krankenhäuser im gleichen Bundesland verglichen.

Alle Ergebnisse haben wir im Internetportal www.qualitätskliniken.de transparent gemacht und für Sie veröffentlicht.

V. Risikomanagement

Zur Identifizierung klinischer und haftungsrechtlicher Risiken unterziehen sich unsere Kliniken alle drei Jahre einer umfassenden Risikoanalyse im Rahmen eines 2-tägigen Sana-Risikoaudits. Der Ergebnisbericht der Auditierungen dient als Grundlage weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit abzuleiten. So werden im Ergebnis des letzten Berichtes bspw. Patienten-Identifikationsarmbänder eingeführt. Mit ihnen ermöglichen wir eine eindeutige Patientenidentifikation zu jedem Zeitpunkt des Aufenthaltes, insbesondere bei invasiven oder diagnostischen Maßnahmen.

Als weitere Maßnahme um eventuelle Lücken im Patientensicherheitssystem zu identifizieren, haben wir ein CIRIS (Critical Incident Reporting System) seit 2008 in allen Kliniken der Sana Berlin Brandenburg etabliert. In diesem System können Mitarbeiter anonym über kritische Situationen oder Beinahefehler berichten. Ein Auswertungsteam analysiert die gemeldeten Fälle nach Ursachen, Auswirkungen und möglichen Gegenmaßnahmen. Dadurch können präventiv Maßnahmen eingeleitet werden, bevor

QUALITÄTSMANAGEMENT

es zu einem tatsächlichen Schaden kommt. Das CIRS-Auswertungsteam berichtet regelmäßig über gemeldete Ereignisse und die daraus abgeleiteten Maßnahmen gegenüber der Krankenhausleitung.

Die ökonomischen Risiken werden vierteljährlich eingeschätzt und nach Abstimmung und Bewertung an den Bereich Risikomanagement und Konzernrevision der Sana Kliniken AG weitergeleitet.

VI. Interne Audits und Begehungen

Ein weiteres wichtiges Führungsinstrument für die Bewertung der Wirksamkeit eines QM-Systems ist die Durchführung interner Audits. Dabei soll ermittelt werden, ob die Qualitätspolitik umgesetzt und die Qualitätsziele realisiert werden. Es wird festgestellt, ob die eingeführten Prozessabläufe zur Erreichung der Ziele geeignet und aufrechterhalten sind. Im Sana Konzern sind dazu seit 2008 gegenseitige Audits etabliert. Die Themen dieser Auditierungen werden jährlich neu formuliert und umfassen derzeit die Bereiche Qualitäts-, Hygiene-, Risiko- und Wundmanagement.

Begehungen der Bereiche durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit und Brandschutz, die Hygienefachkraft sowie die Apothekenleitung mit Protokollierung, Aufzeigen von Abweichungen und Problemen sowie Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung ergänzen die qualitätssichernden Maßnahmen in unserem Krankenhaus.

VII. Selbstbewertung und Fremdbewertung nach dem Verfahren der KTQ

Nach dem Verfahren der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) wurde das Sana Krankenhaus Templin im Mai 2009 im Rahmen einer 3-tägigen Begehung durch externe, unabhängige KTQ-Visitoren bewertet. Für das Sana Krankenhaus Templin war dies die erste Zertifizierung. Vorab erfolgte eine Selbstbewertung anhand eines ausführlichen Selbstbewertungsberichtes und im Anschluss die Fremdbewertung durch die KTQ-Visitoren.

Auf Beschluss der Sana Kliniken AG werden alle Krankenhäuser nach erfolgreicher KTQ-Rezertifizierung künftig die DIN EN ISO -Zertifizierung anstreben. Unser Krankenhaus wird sich nach erfolgreich bestandener Rezertifizierung im Mai 2012 auf diese Zertifizierung vorbereiten.

QUALITÄTSMANAGEMENT

VIII. Informationsveranstaltung und Erfahrungsaustausch mit Niedergelassenen und Patienten

Mehrmals jährlich werden für Patienten und Interessierte im Rahmen von Sonntagsvorlesungen Veranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen und neuen Entwicklungen am Sana Krankenhaus Templin angeboten.

Weiterhin finden mehrmals im Jahr Veranstaltungen mit und für niedergelassene Ärzte statt, in denen sich aktiv über medizinische und standortspezifische Inhalte ausgetauscht wird.

D-5 Qualitätsmanagement- Projekte

Qualitätsmanagementprojekte

Im Sana Krankenhaus Templin werden regelmäßig Projekte zur Erreichung von Qualitätszielen nach einem vorgegebenen Projektmanagement initiiert. Diese sind zeitlich begrenzt und werden von der Operativen Steuerungsgruppe QM überwacht. Sie erhalten Ziel- und Ressourcenvorgaben in einer Projektbeschreibung, werden über Zwischenstands- bzw. Abschlussberichte bewertet und ihr Ergebnis evaluiert.

Nachfolgende QM-Projekte sind seit dem letzten Qualitätsbericht 2008 initiiert bzw. fortgeführt worden.

Qualitätsmanagement

Im Jahr 2009 fand im Rahmen des KTQ-Zertifizierungsverfahren die externe Begehung des Sana Krankenhauses Templin statt. Im Anschluss daran sprachen sich die KTQ-Visitoren für die Vergabe des KTQ-Zertifikates aus. Nach erfolgreicher Zertifizierung wurde in 2010 die Arbeit in den interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen auf der Basis des KTQ-Visitationsberichtes fortgesetzt. Prozessbeschreibungen werden auf ihre Aktualität hin überprüft und wenn nötig angepasst oder neu erstellt. Ziel ist die KTQ-Rezertifizierung, für die erneut eine umfangreiche Selbstbewertung durchgeführt werden muss. Die aus dem Visitationsbericht abzuleitenden Projekte und Verbesserungsaktivitäten wurden fortgeführt bzw. umgesetzt.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Einführung eines EDV-gestützten QM-Kennzahlensystems

Hintergrund der Einführung ist die fehlende Gesamtübersicht der in den verschiedenen Bereichen erhobenen Kennzahlen zur Messung von Qualität. Ein Kennzahlenvergleich zwischen den Kliniken der Sana Berlin Brandenburg ist nur punktuell möglich. Daher sollen die verschiedenen Kennzahlen in einem zentralen EDV-gestützten QM-Kennzahlensystem abgebildet werden.

Dieses QM-Kennzahlensystem wird in allen Einrichtungen/Tochtergesellschaften der Sana Berlin Brandenburg eingeführt und die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Festlegung von Zielwerten und deren Abweichung von der festgelegten Kennzahl überprüfen.

Umsetzung des Expertenstandards Decubitusprophylaxe

Ziel des Projektes war die Anpassung der Prozesse und der Dokumentation auf der Basis der erhobenen BQS-Daten zum Decubitus. Zunächst wurden die vorhandenen Verfahrensanweisungen zur Decubitusprophylaxe und zur Erfassung des Decubitusrisiko überprüft. Durch die Anpassung der Dokumentation und eine Veränderung in der Erhebung des Risikos konnten die Prozesse optimiert werden. Der Wundmanager und die Wundschwestern werden in die Beurteilung der Druckgeschwüre mit einbezogen. Der optimierte Prozess wird seit Ende 2010 verbindlich umgesetzt.

Patienten-Entlassmanagement

Die Einführung des Entlassmanagement wurde in 2010 abgeschlossen. Die am Hause tätige Entlassmanagerin steuert schon ab Beginn des stationären Aufenthaltes die Entlassung, Verlegung bzw. Überleitung der Patienten in Absprache mit dem behandelnden Arzt, unter Berücksichtigung der Verweildauerdaten. Alle Patienten im Sana Krankenhaus Templin werden durch das Entlassmanagement erfasst, mit dem Ziel, für jeden Patienten mit einem nachstationären Pflege-/Unterstützungs- und/oder Koordinationsbedarf ein individuelles Entlassmanagement zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung zu organisieren.

Einarbeitungskonzept

Um unsere neuen Mitarbeiter schnell und effizient einzuarbeiten, wurde für alle Standorte der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg ein einheitliches Einarbeitungskonzept erarbeitet. Darüber hinaus erhalten neue Mitarbeiter des Sana Krankenhauses Templin eine Einarbeitungsmappe mit allen wichtigen Daten und Fakten über das Sana Krankenhaus Templin.

QUALITÄTSMANAGEMENT

**D-6
Bewertung des
Qualitätsmanagements**
Mitarbeitergespräche

In 2010 wurde ein Betriebsvereinbarung über die Durchführung strukturierter Mitarbeitergespräche in allen Bereichen geschlossen. Danach wurde mit jedem Mitarbeiter bis zum Ende des Jahres ein solches Mitarbeitergespräch geführt. Ziel ist es, die berufliche und persönliche Entwicklung jedes Mitarbeiters zu fördern und zu unterstützen.

Ausgewählte Verfahren zur Bewertung des Qualitätsmanagements

Nach Übernahme des Sana Krankenhauses Templin durch die Sana Kliniken AG wurde das KTQ-Verfahren zum vorrangigen Zertifizierungsverfahren für Kliniken, als Meilenstein auf dem Weg zur Excellence nach dem Modell der EFQM. Die Methoden der Bewertung unseres QM-Systems werden um die Durchführung von internen Audits ergänzt.

Zertifizierung nach dem Verfahren der KTQ

Nach dem Verfahren der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) wurde das Sana Krankenhaus Templin im Jahr 2009 zertifiziert. Aus dem Visitationsbericht wurden neue Projekte und Verbesserungsaktivitäten abgeleitet, die es innerhalb der folgenden 3 Jahre – bis zum Ablauf des Zertifikates – umzusetzen gilt. Die interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppen verschaffen sich regelmäßig einen Überblick über den Grad der Erfüllung der Qualitätskriterien und die Umsetzung der Verbesserungsaktivitäten bis zur Durchführung der nächsten Selbst- und Fremdbewertung.

Zertifizierung nach den Normen der DIN EN ISO 9001:2008

Zu Beginn des Jahres 2011 beschloss der Vorstand der Sana Kliniken AG die nächste Etappe auf dem Weg einer zukünftigen konzernweiten Gesamtzertifizierung einzuleiten. Alle erfolgreich KTQ-rezertifizierten Krankenhäuser der Sana werden künftig ihr QM-System nach den Normen der DIN EN ISO 9001 weiter ausbauen, überprüfen und zertifizieren lassen. Für das Sana Krankenhaus Templin ist dies erst nach erfolgreicher Rezertifizierung 2012 geplant.

QUALITÄTSMANAGEMENT

Interne Audits

In einem Audit besprechen ausgewählte Fachleute (Auditoren) mit den Bereichen (Führungskräften und Mitarbeitern), ob gesetzliche Vorgaben, festgelegte Verfahren, Anweisungen und Normen bekannt sind, eingehalten werden und wirksam sind. Es wird auch bewertet, inwieweit vereinbarte Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt worden sind. Das Audit erfolgt in Form eines Interviews als kollegiales Gespräch mit vorbereiteten Fragenkatalogen. Die Audits dienen den Abteilungsleitungen und der Geschäftsführung als Informationsquelle und Nachweis über die Weiterentwicklung der Organisation. Zugleich sind die Auditergebnisse eine Rückmeldung der Beschäftigten an die Führungskräfte.

- **Gegenseitige interne Audits im Sana Konzern**
Durch den Vorstand der Sana Kliniken AG wurde 2008 die Etablierung von regelmäßigen gegenseitigen internen Audits als erweitertes Instrument zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung festgelegt. Zunächst fanden diese Audits im Bereich des Qualitätsmanagements in allen Sana Kliniken statt. Diese wurden seit 2009 auf die Bereiche Hygiene-, Wund- und Risikomanagement erweitert. Die Auditergebnisse sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Verbesserung in den Prozessen werden in den Auditberichten formuliert und im nächsten gegenseitigen Audit auf ihren Erfüllungsgrad hin überprüft.

Impressum
Sana Krankenhaus Templin
Direktor
Michael Kabiersch

Robert-Koch-Straße 24
17268 Templin

Telefon 03987 42-0
Telefax 03987 42-249
www.sana-kt.de

Realisation
Amedick & Sommer GmbH Stuttgart
www.amedick-sommer.de

Sana Krankenhaus Templin

Robert-Koch-Straße 24 | 17268 Templin
Telefon 03987 42-0 | Telefax 03987 42-249
info@sana-kt.de | www.sana-kt.de