

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2008

Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 24.07.2009 um 10:39 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Abteilung für Innere Medizin
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
B-[2]	Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie
B-[2].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].6	Diagnosen nach ICD

- B-[2].7 Prozeduren nach OPS
- B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[2].11 Apparative Ausstattung
- B-[2].12 Personelle Ausstattung
- B-[3] Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe**
- B-[3].1 Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[3].6 Diagnosen nach ICD
- B-[3].7 Prozeduren nach OPS
- B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[3].11 Apparative Ausstattung
- B-[3].12 Personelle Ausstattung
- B-[4] Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin**
- B-[4].1 Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[4].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[4].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[4].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[4].6 Diagnosen nach ICD
- B-[4].7 Prozeduren nach OPS
- B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[4].11 Apparative Ausstattung
- B-[4].12 Personelle Ausstattung
- B-[5] Abteilung für Radiologie**
- B-[5].1 Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[5].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[5].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[5].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
- B-[5].6 Diagnosen nach ICD
- B-[5].7 Prozeduren nach OPS
- B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[5].11 Apparative Ausstattung
- B-[5].12 Personelle Ausstattung
- C-1 **Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)**
- C-2 **Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112**

## SGB V

- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# Einleitung



Abbildung: Klinikansicht

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Heidelinde Elstner	Verwaltungsdirektorin	+49 30 47517-201	+49 30 47517-202	verwaltungsdirektion@caritas-klinik-pankow.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Peggy Schumacher	Qualitätsmanagementbeauftragte	+49 30 47517-220	+49 30 47517-272	qmb@caritas-klinik-pankow.de
Dr. René Altenburger	Medizincontrolling	+ 49 30 47517-235	+ 49 30 47517 202	medcontrolling@caritas-klinik-pankow.de
Renate David	Patientenfürsprecherin	+49 30 47517 297		

**Links:**

[www.caritas-klinik-pankow.de](http://www.caritas-klinik-pankow.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Heidelinde Elstner, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## **A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Hausanschrift:**

Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow

Breite Straße 46/ 47

13187 Berlin

### **Postanschrift:**

Postfach 870154

13161 Berlin

### **Telefon:**

030 / 47517 - 0

### **Fax:**

030 / 47537617

### **E-Mail:**

info@caritas-klinik-pankow.de

### **Internet:**

www.caritas-klinik-pankow.de

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261101264

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

Caritas-Krankenhilfe Berlin e.V.

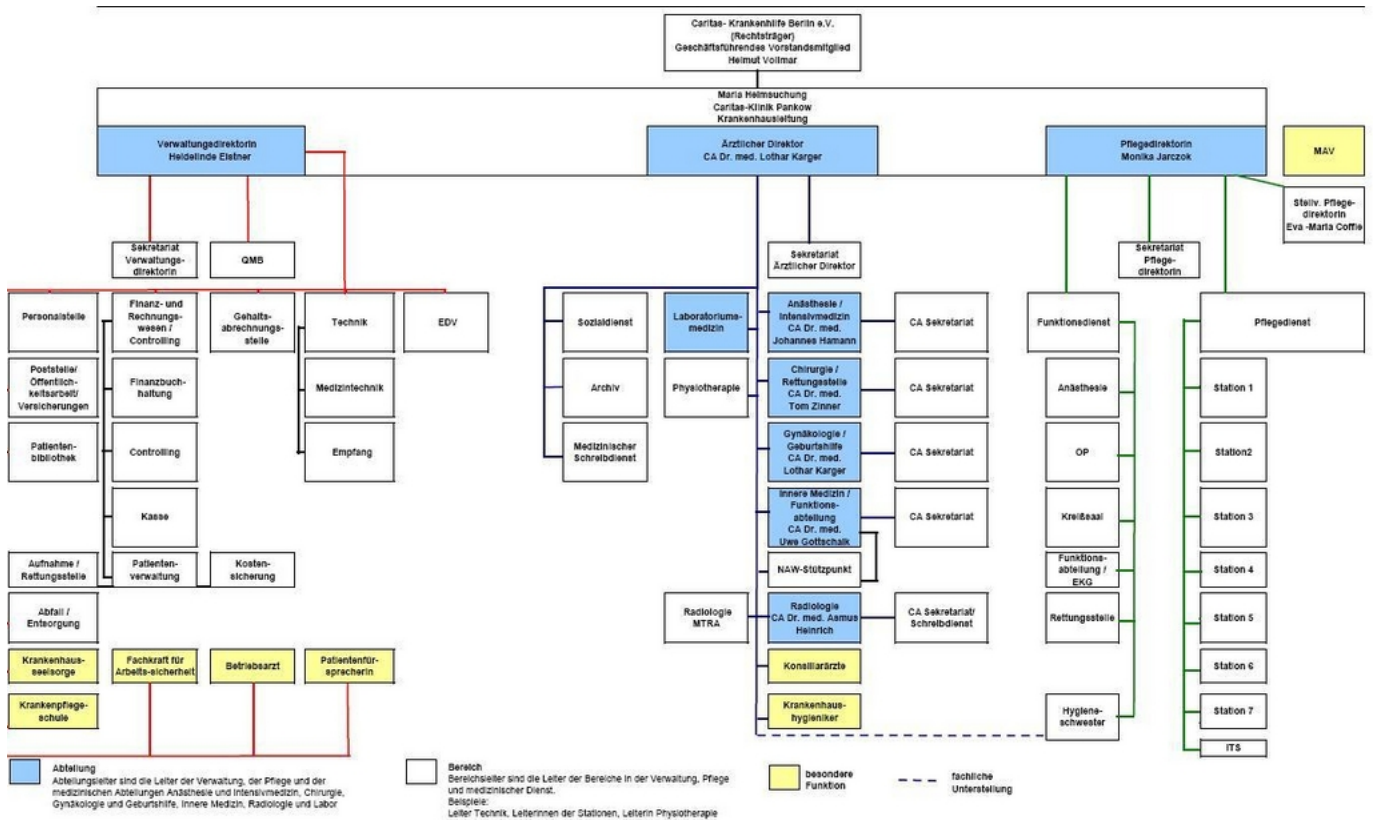
### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:	Kommentar / Erläuterung:
VS10	Abdominalzentrum (Magen-Darm-Zentrum)	Abteilung für Innere Medizin, Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,	



Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:	Kommentar / Erläuterung:
VS16	Endoprothesenzentrum	Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,	
VS24	Interdisziplinäre Intensivmedizin	Abteilung für Innere Medizin, Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,	ITS mit 10 Betten
VS25	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Innere Medizin, Chirurgie, Onkologische MVZ	
VS40	Schilddrüsenzentrum	Abteilung für Innere Medizin, Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,	
VS06	Tumorzentrum	Abteilung für Innere Medizin, Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie,	
VS48	Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie	Abteilung für Innere Medizin, Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie,	
VS49	Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie	Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	im Kreissaal
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	im Kreissaal
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborenencreening
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Trauerbegleitung, Abschiedsraum
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	in Kooperation mit niedergelassenem med. Fußpfleger
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Naturheilpraxis am Standort
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP36	Säuglingspflegekurse	Säuglingsvorbereitungskurse
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	In Kooperation mit niedergelassener Logopädin
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Sanitätshaus am Standort
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	z.B. MS-Gruppe
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA43	Abschiedsraum	
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/Terrasse	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	teilweise
SA04	Fernsehraum	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA26	Frisiersalon	Friseur kann bestellt werden
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/Pediküre	kann bestellt werden
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA56	Patientenfürsprache	
SA52	Postdienst	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-in	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA18	Telefon	
SA38	Wäscheservice	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	abschließbare Schränke
SA58	Wohnberatung	über den Standbezirk organisiert
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

## **A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte **A-11.2** Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar/Erläuterung:
FL00	Organisation bundesweites Qualitätsmanagement	Organisation des Qualitätsmanagements Endosonographie auf bundesweiter Ebene
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	auf dem Gebiet der Gastroenterologie, speziell der endoskopischen Forschung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Beteiligung an Famulaturen sowie dem Blockpraktikum
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Teilnahme durch die Kardiologie

### **A-11.3** Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar/Erläuterung:
HB00	Ausbildung von Fachschwestern	Ausbildung von Fachschwestern für den Endoskopiedienst Ausbildung von Arzthelferinnen für den Endoskopiedienst
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	

## **A-12** Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

241 Betten

## **A-13** Fallzahlen des Krankenhauses:

### **Vollstationäre Fallzahl:**

12683

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

18172

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	63,7 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	43,3 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	1 Vollkräfte	Medizincontrolling

### A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	99,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinn en</b>	7,7 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinne n</b>	4,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	2,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	19 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung Abteilung für Innere Medizin

### **B-[1].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Abteilung für Innere Medizin

#### **Art der Abteilung:**

Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

0100

#### **Hausanschrift:**

Breite Straße 46/ 47

13187 Berlin

#### **Postanschrift:**

Postfach 870154

13161 Berlin

#### **Telefon:**

+46 30 / 47517 - 331

#### **Fax:**

+49 30 / 4751 - 332

#### **E-Mail:**

innere@caritas-klinik-pankow.de

#### **Internet:**

<http://www.caritas-klinik-pankow.de/innere.html>

#### **Chefärztinnen/-ärzte:**

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Gottschalk, Uwe	Chefarzt	+49 30 47517 331 innere@caritas-klinik-pankow.de	Frau Uta Stöhr	KH-Arzt



## B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Abteilung für Innere Medizin]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Diagnostik von hämatologischen Erkrankungen und Therapie der Anämie
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik aller onkologischer Erkrankungen, Therapie in Zusammenarbeit mit onkologischem MVZ
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	Diagnostik
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VR04	Duplexsonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	
VR06	Endosonographie	
VI20	Intensivmedizin	
VU00	Kapsel-Endoskopie	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VR02	Native Sonographie	
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VI27	Spezialsprechstunde	Endosonographie
VA17	Spezialsprechstunde	Herzschrittmacher-Sprechstunde

### **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Abteilung für Innere Medizin]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	EKG-Monitoring	
MP00	elektrische Kardioversion bei Herzrhythmusstörungen	
MP00	Herzschrittmacher-Implantationen	
MP00	Implantation Loop-Recorder	
MP00	Implantation von Defibrillatoren	

### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Abteilung für Innere Medizin]**

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Faxempfang auf Station möglich

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Fernsehgerät an jedem Bett
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Kapelle, ev. und kath. Seelsorger
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA31	Kulturelle Angebote	Lesungen, Konzerte, Medizinische Vortragsreihe
SA33	Parkanlage	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	ev. und kath. Seelsorger
SA18	Telefon	Telefon an jedem Bett
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	abschließbare Schränke
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

## B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Vollstationäre Fallzahl:

4788

## B-[1].6 Diagnosen nach ICD

### B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I20	525	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
2	I50	400	Herzschwäche
3	J18	244	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	I21	209	Akuter Herzinfarkt
5	I48	179	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
6	J44	165	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
7	K29	142	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	I10	128	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
9	R55	113	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
10	I63	89	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
11	E11	86	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
12	K80	77	Gallensteinleiden
13	K85	75	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
14	N39	69	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
15	A09	67	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
16	K92	66	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
17	F10	64	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
18	I11	62	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
19	I49	60	Sonstige Herzrhythmusstörung
20	G45	59	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## **B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	K52	59	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
2	I25	53	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
3	K86	31	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse
4	K51	18	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
5	K50	9	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn
6	I38	<= 5	Entzündung der Herzklappen, Herzklappe vom Arzt nicht näher bezeichnet

## B-[1].7 Prozeduren nach OPS

### B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	950	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	3-200	650	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	1-650	442	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	8-930	411	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	1-275	353	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
6	8-837	272	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
7	1-642	237	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsendgänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
8	3-225	211	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
8	3-226	211	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
10	3-222	202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
11	3-206	186	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
12	3-207	185	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
12	8-800	185	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
14	1-266	175	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
15	8-831	155	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
16	5-377	144	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
17	8-931	138	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
18	1-440	132	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
19	3-052	124	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
20	8-854	86	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse

### B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Rang	OPS-Ziffer (4-6-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-853	54	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
2	1-636.1	11	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Durch Push-and-pull-back-Technik
3	1-845	<= 5	Untersuchung der Leber durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
3	8-839.0	<= 5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V	Endosonographie		
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

## B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung		Ja	
AA59	24h-EKG-Messung		Ja	
AA34	AICD-Implantation/Kontrolle/ Programmiersystem	Einpflanzbarer Herzrhythmusdefibrillator	Ja	
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft postivem Beatmungsdruck	Ja	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	Ja	
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA46	Endoskopisch-retrograde- Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel	Ja	
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren	Ja	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	Ja	



Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		Ja	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	Blutstillung und Gewebeerödung mittels Argon-Plasma	Ja	
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballongegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unterstützung der Pumpleistung des Herzens	Ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	Ja	
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	Ja	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät	Ja	
AA54	Linksherzkathetermessplatz	Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Röntgen-Kontrastmittel	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit MRT-Praxis auf dem Krankenhausgelände
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsggerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		Ja	

## B-[1].12 Personelle Ausstattung

### B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	21,5 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	11,0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

**Ärztliche Sachexpertise der Abteilung:**

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF09	Geriatric	

### B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	47,3 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	2,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	1,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetes	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	besonders postoperatives Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege	
ZP16	Wundmanagement	

**B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:** Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP37	Fotograf und Fotografin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	Kooperation mit ambulantem Orthopädietechniker
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	Kooperation mit ambulantem Fußpfleger
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	Kooperation mit ambulantem Stomatherapeuten
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# B-[2] Fachabteilung Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie

## **B-[2].1** Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie

### **Art der Abteilung:**

Hauptabteilung

### **Fachabteilungsschlüssel:**

1500

### **Hausanschrift:**

Breite Straße 46/ 47

13187 Berlin

### **Postanschrift:**

Postfach 870154

13161 Berlin

### **Telefon:**

+ 49 30 / 47517 - 341

### **Fax:**

+49 30 / 47517 - 346

### **E-Mail:**

chirurgie@caritas-klinik-pankow.de

### **Internet:**

<http://www.caritas-klinik-pankow.de/chirurgie.html>

### **Chefärztinnen/-ärzte:**

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Zinner, Tom	Chefarzt	+ 49 30 47517 341 chirurgie@caritas- klinik-pankow.de	Frau Heike Ziemer	KH-Arzt

## B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte [Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	Wirbelsäulenchirurgie einschl. Prothetik
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
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	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VR04	Duplexsonographie	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VO16	Handchirurgie	
VI20	Intensivmedizin	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	in Kooperation mit Praxis auf dem Krankenhausgelände
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	in Kooperation mit Praxis auf dem Krankenhausgelände
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VR02	Native Sonographie	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC62	Portimplantation	
VO19	Schulterchirurgie	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VA17	Spezialsprechstunde	Handchirurgie
VO13	Spezialsprechstunde	
VC58	Spezialsprechstunde	Magen-/ Darm-Chirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC24	Tumorchirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	

### **B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	



## B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie - Minimalinvasive Chirurgie]

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Faxempfang auf Station möglich
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Fernsehgerät an jedem Bett
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Kapelle, ev. und kath. Seelsorger
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA31	Kulturelle Angebote	Lesungen, Konzerte, Medizinische Vortragsreihe
SA33	Parkanlage	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	ev. und kath. Seelsorger
SA18	Telefon	Telefon an jedem Bett
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	abschließbare Schränke
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

## B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Vollstationäre Fallzahl:

3436

## B-[2].6 Diagnosen nach ICD

### B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	K80	182	Gallensteinleiden
2	M53	101	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]
3	M51	95	Sonstiger Bandscheibenschaden
4	E04	65	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
5	C18	54	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
6	S42	48	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
6	S72	48	Knochenbruch des Oberschenkels
8	M75	44	Schulterverletzung
8	S32	44	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
10	S83	33	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
11	S22	30	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
12	M50	20	Bandscheibenschaden im Halsbereich
13	M17	19	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
14	C20	17	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
15	M16	14	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
16	C16	13	Magenkrebs
17	C25	11	Bauchspeicheldrüsenkrebs
18	C73	7	Schilddrüsenkrebs
19	D12	<= 5	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters
19	D13	<= 5	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	K80.1	182	Gallensteinleiden
2	M53.2	101	Instabilität der Wirbelsäule
3	M51.1	95	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
4	E04.9	65	Schilddrüsenerkrankungen
5	C18.9	54	Bösartige Neubildungen des Dickdarms
6	S42.2	48	Oberarmfraktur
6	S72.1	48	Hüftgelenksfraktur
8	M75.4	44	Erkrankung des Schultergelenkes
8	S32.0	44	Lendenwirbelkörperfraktur
10	S83.5	33	Kniegelenksverletzungen
11	S22.0	30	Fraktur des Brustwirbelkörpers
12	M50.1	20	Bandscheibenschaden im Bereich der Halswirbelsäule
13	M17.1	19	Gelenkverschleiß im Kniegelenk
14	M16.7	14	Gelenkverschleiß im Hüftgelenk
15	C16.9	13	Bösartige Neubildungen des Magens
16	C25.9	11	Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse
17	D12.8	<= 5	Gutartige Neubildungen des Enddarms
17	D13.1	<= 5	Gutartige Neubildungen des Magens
17	D34	<= 5	Gutartiger Tumor der Schilddrüse
17	D37.7	<= 5	Gutartige Neubildungen des Magens

## B-[2].7 Prozeduren nach OPS

### B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-839	309	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
2	5-810	276	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
3	5-812	270	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
4	5-511	206	Operative Entfernung der Gallenblase
5	5-530	172	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
6	5-787	147	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
6	5-814	147	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
8	5-469	144	Sonstige Operation am Darm
9	1-632	142	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	5-831	140	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
11	5-790	126	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
12	5-470	122	Operative Entfernung des Blinddarms
13	5-794	115	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
14	5-811	105	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
15	5-835	91	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
16	5-069	80	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
17	5-820	79	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
18	5-541	76	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes
19	5-836	68	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese
20	5-455	67	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms

## B-[2].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Rang	OPS-Ziffer (4- 6-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-839.1	85	Bandscheibenprothesenimplantation
2	5-063	54	Operative Entfernung der Schilddrüse
3	5-061	31	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte

Rang	OPS-Ziffer (4-6-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
4	5-822	19	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
5	5-839.a	16	Aufrichtung eines Wirbelkörpers und Implantation von Knochenzement bei Osteoporose
6	5-824	9	Operatives Einsetzen eines künstlichen Gelenks am Arm oder an der Schulter
7	5-813	7	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
8	5-403	<= 5	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection
8	5-435	<= 5	Operative Teilentfernung des Magens (2/3-Resektion)
8	5-437	<= 5	Vollständige operative Magenentfernung - Gastrektomie
8	5-456	<= 5	Vollständige, operative Entfernung des Dickdarms im Bereich des Grimmdarms (Kolon) sowie zusätzlich des Mastdarms (Rektum)

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM09	D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			
AM00	Kooperationssprechstunde			Kooperationssprechstunde mit dem Olympiastützpunkt Berlin
AM08	Notfallambulanz (24h)	Rettungsstelle		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

## B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-056	74	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
2	5-840	66	Operation an den Sehnen der Hand
3	5-787	57	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
4	5-849	33	Sonstige Operation an der Hand
5	5-790	18	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
6	5-842	16	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
7	5-850	15	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
8	5-812	9	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
9	5-795	6	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
9	5-851	6	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
11	1-697	<= 5	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
11	5-385	<= 5	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
11	5-399	<= 5	Sonstige Operation an Blutgefäßen
11	5-530	<= 5	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
11	5-780	<= 5	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit
11	5-788	<= 5	Operation an den Fußknochen
11	5-793	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
11	5-796	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
11	5-808	<= 5	Operative Gelenkversteifung
11	5-810	<= 5	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung

## **B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

**Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:**

Ja

## B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät		
AA20	Laser		Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit MRT- Praxis am Standort
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonog raphiegerät/Duplexsonographieg erät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	

## B-[2].12 Personelle Ausstattung

### B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	17,3 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	12,5 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	

### B-[2].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	26,3 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	1,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	1,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:



Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetes	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	besonders postoperatives Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege	
ZP16	Wundmanagement	

**B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:** Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP37	Fotograf und Fotografin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	Kooperation mit ambulantem Orthopädietechniker
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	Kooperation mit ambulanmetm Fußpfleger
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	Kooperation mit ambulantem Stomatherapeuten
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# B-[3] Fachabteilung Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

## B-[3].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

### Art der Abteilung:

Hauptabteilung

### Fachabteilungsschlüssel:

2400

### Hausanschrift:

Breite Straße 46/ 47

13187 Berlin

### Postanschrift:

Postfach 870154

13161 Berlin

### Telefon:

+49 30 / 47517 - 441

### Fax:

+49 30 / 47517 - 442

### E-Mail:

[gyn-gebh@caritas-klinik-pankow.de](mailto:gyn-gebh@caritas-klinik-pankow.de)

### Internet:

<http://www.caritas-klinik-pankow.de/gyn.html>

### Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Karger, Lothar	Chefarzt	+49 30 47517 441 <a href="mailto:gyn-gebh@caritas-klinik-pankow.de">gyn-gebh@caritas-klinik-pankow.de</a>	Frau Kristina Golle	KH-Arzt

## B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte [Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe:	Kommentar / Erläuterung:
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG05	Endoskopische Operationen	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG15	Spezialsprechstunde	Urogynäkologie
VG16	Urogynäkologie	

### **B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	3D-Ultraschall bei Schwangeren	
MP00	Feindiagnostik bei Schwangeren	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	Homöopathie, Aromatherapie
MP43	Stillberatung	

## B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe]

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Faxempfang auf Station möglich
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Fernsehgerät an jedem Bett
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Kaplle, ev. und kath. Seelsorger
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA31	Kulturelle Angebote	Lesungen, Konzerte, Medizinische Vortragsreihe
SA33	Parkanlage	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	ev. und kath. Seelsorger
SA18	Telefon	Telefon an jedem Bett
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	abschließbare Schränke
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

## B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Vollstationäre Fallzahl:

4282

## B-[3].6 Diagnosen nach ICD

### B-[3].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	Z38	1400	Neugeborene
2	O70	380	Dammriss während der Geburt
3	O80	301	Normale Geburt eines Kindes
4	O68	218	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
5	O63	123	Sehr lange dauernde Geburt
6	O71	104	Sonstige Verletzung während der Geburt
7	N81	102	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
8	O42	94	Vorzeitiger Blasensprung
9	D25	91	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
10	O48	87	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht
11	N83	79	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
12	O60	74	Vorzeitige Wehen und Entbindung
13	O64	64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
14	O20	59	Blutung in der Frühschwangerschaft
15	D27	51	Gutartiger Eierstocktumor
16	O72	48	Blutung nach der Geburt
17	O03	47	Spontane Fehlgeburt
18	N70	46	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
19	P59	45	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen
20	N39	43	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

### B-[3].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	N39.3	42	Stressinkontinenz

## B-[3].7 Prozeduren nach OPS

### B-[3].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	9-262	1631	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	9-260	708	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
3	5-758	666	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
4	9-261	550	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
5	5-730	429	Künstliche Fruchtblasensprengung
6	5-738	259	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
7	5-749	241	Sonstiger Kaiserschnitt
8	5-690	202	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
9	5-704	179	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
10	5-683	165	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
11	5-728	124	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke
12	5-651	90	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
13	1-672	81	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
14	5-469	80	Sonstige Operation am Darm
15	5-653	74	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
16	8-560	59	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie
17	1-471	45	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
18	5-756	43	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt
19	1-694	42	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
20	5-657	36	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung

### B-[3].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Rang	OPS-Ziffer (4-6-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-704.43	30	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal
2	5-593.20	28	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)
3	5-704.41	18	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material
4	5-704.40	<= 5	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material
4	5-704.42	<= 5	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM09	D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			



## B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-690	222	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
2	1-471	49	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
3	5-711	24	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
4	1-672	20	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
5	1-472	<= 5	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt
5	1-694	<= 5	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
5	5-469	<= 5	Sonstige Operation am Darm
5	5-582	<= 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre
5	5-671	<= 5	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
5	5-681	<= 5	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
5	5-691	<= 5	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter
5	5-852	<= 5	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen
5	5-881	<= 5	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse
5	5-903	<= 5	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal

## B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B-[3].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA62	3-D/4-D-Ultraschallgerät		Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)		Ja	
AA45	Endosonographiegerät		Ja	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop		Ja	
AA53	Laparoskop		Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit MRT-Praxis am Standort
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)		Ja	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsggerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung		Nein	

## B-[3].12 Personelle Ausstattung

### B-[3].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	11,5 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	9,5 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	

## B-[3].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	15,9 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen</b>	7,7 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	1,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	19 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetes	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	besonders postoperatives Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege	
ZP16	Wundmanagement	

### **B-[3].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**Für die Organisationseinheit/Fachabteilung

**steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP37	Fotograf und Fotografin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	Kooperation mit ambulantem Orthopädietechniker
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	Kooperation mit ambulantem Fußpfleger
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	Kooperation mit ambulantem Stomatherapeuten
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# B-[4] Fachabteilung Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

## B-[4].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

### Art der Abteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

### Fachabteilungsschlüssel:

3600

### Hausanschrift:

Breite Straße 46 / 47

13187 Berlin

### Postanschrift:

Postfach 870154

13161 Berlin

### Telefon:

+49 30 / 47517 - 371

### Fax:

+49 30 / 47517 - 372

### E-Mail:

anaesthesie@caritas-klinik-pankow.de

### Internet:

<http://www.caritas-klinik-pankow.de/its.html>

### Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Hamann, Johannes	Chefarzt	+49 30 47517 371 anaesthesie@caritas -klinik-pankow.de	Frau Katja Theuer	KH-Arzt

## B-[4].2 Versorgungsschwerpunkte [Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	nur akute Therapie
VI20	Intensivmedizin	ITS interdisziplinär

### **B-[4].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

#### **Vollstationäre Fallzahl:**

945

### **B-[4].6 Diagnosen nach ICD**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[4].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[4].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].7 Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[4].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[4].11 Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	Ja	
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja	



Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit MRT-Praxis am Standort
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonog raphiegerät/Duplexsonographieg erät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüf ung		Ja	

## B-[4].12 Personelle Ausstattung

### B-[4].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	11,4 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	8,3 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	3 Jahre Weiterbildungsbefugnis

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF15	Intensivmedizin	

### B-[4].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	9,5 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	

**B-[4].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:** Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# B-[5] Fachabteilung Abteilung für Radiologie

## B-[5].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Abteilung für Radiologie

### Art der Abteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

### Fachabteilungsschlüssel:

3751

### Hausanschrift:

Breite Straße 46 / 47

13187 Berlin

### Postanschrift:

Postfach 870154

13161 Berlin

### Telefon:

+49 30 / 47517 - 464

### Fax:

+49 30 / 47517 - 462

### E-Mail:

radiologie@caritas-klinik-pankow.de

### Internet:

<http://www.caritas-klinik-pankow.de/radiologie.html>

### Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Heinrich, Asmus	Chefarzt	+49 30 47517 461 radiologie@caritas- klinik-pankow.de	Frau Anja Lein	KH-Arzt

## B-[5].2 Versorgungsschwerpunkte [Abteilung für Radiologie]

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Abteilung für Radiologie]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Abteilung für Radiologie]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

**Vollstationäre Fallzahl:**

14492

### **B-[5].6 Diagnosen nach ICD**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[5].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[5].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].7 Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[5].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

#### **B-[5].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

trifft nicht zu / entfällt

## **B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

trifft nicht zu / entfällt

## **B-[5].11 Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)		Nein	in Kooperation mit MRT-Praxis am Standort: ab Ende 2009 krankenhauseigenes MRT mit 24-stündiger Verfügbarkeit
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonog raphiegerät/Duplexsonographieg erät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	

## **B-[5].12 Personelle Ausstattung**

### **B-[5].12.1 Ärzte und Ärztinnen:**

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	2,0 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	2,0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### **B-[5].12.2 Pflegepersonal:**

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

**B-[5].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:** Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	

## Teil C - Qualitätssicherung

### **C-1** Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

### **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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP:	Kommentar / Erläuterung:
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	
Asthma bronchiale	
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	

### **C-4** Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

#### Abteilung Chirurgie

Externe Qualitätssicherung:

-Computerbasiertes Anonymes Critical Incident Reporting (CIRS)

-Tumorzentrum Berlin (Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen)



-SFA-Studie

-Berliner Rektumkarzinomstudie

### **Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe**

Externe Qualitätssicherung:

-Perinatalstatistik Berliner Ärztekammer

-Zertifikat Risiko-Management-System zur weiteren Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung

### **Abteilung Innere Medizin**

Externe Qualitätssicherung:

-Berliner Herzinfarktregister

Studien

-Entwicklung eines nichtinvasiven Verfahrens zur Früherkennung des humanen kolorektalen Karzinoms (Universität Potsdam)

-Funktionserhalt des Pankreasparenchyms bei chronischer Pankreatitis durch endoskopische Therapie (Charité Virchow)

-Präsap-Studie: Verhinderung von Polypenrezidiven durch medikamentöse Therapie (Charité Virchow)

-CIPAMI-Studie: Prähospitaler Gabe von Clopidogrel bei Patienten mit akutem Herzinfarkt

-Anwendungsbeobachtung des LUKAS-Systems: Druckluftbetriebenes System zur Reanimationsunterstützung auf dem NAW

### **Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin**

Externe Qualitätssicherung:

-Lokalanästhesie (Bund Deutscher Anästhesisten)

## **Abteilung Radiologie**

Externe Qualitätssicherung:

-Qualitätssicherung nach der Qualitätsrichtlinie zur Röntgenverordnung

Interne Qualitätssicherung:

-Untersuchungen nach Standardarbeitsvorschriften (SOP)

-Indikationsüberprüfung und Aufzeichnungen über die „Röntgenanamnese“ und Dokumentation über die Aufnahme

-Regelmäßige Strahlenschutzunterweisungen

-Monatliche Auswertung der Filmdosimeter

## **Abteilung Laboratoriumsmedizin**

Externe Qualitätssicherung

-Teilnahme an vier Ringversuchen pro Jahr , entsprechend den Forderungen der aktuellen „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriums-medizinischer Untersuchungen“ (RILIBÄK).

Interne Qualitätssicherung

-Tägliche interne Qualitätskontrolle und edv-gestützte Dokumentation aller quantitativen Pflichtparameter, zur Zeit noch nach gültiger RILIBÄK 2001, Anlage 1a.

-Überwachung der vorgeschriebenen Qualitätssicherung der patientennahen Labordiagnostik (POCT) im Betten führenden Bereich (Blutgase, Blutzucker) durch das Labor.

Qualitätssicherung im Blutdepot:

-Einkauf, Lagerung, Ausgabe und zentraler Dokumentation aller Blutprodukte erfolgt für die medizinischen Bereiche, entsprechend den Festlegungen im hauseigenem Qualitäts-sicherheitshandbuch Transfusionsmedizin. Durch Aktualisierung dieses Handbuchs, entsprechend Transfusionsgesetz und „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)", wird der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik gesichert.

Das Landesamt für Mess- und Eichwesen Berlin-Brandenburg kontrolliert alle zwei Jahre vor Ort die Qualitätssicherung des Labors und der POCT-Leistungen in Verantwortung des Labors nach § 4a Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Ein gültiges Eichamt-Zertifikat ist Voraussetzung für das weitere Betreiben von Labor- und POCT-Untersuchungen.

### **C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V**

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmetatbestand:	Kommentar/Erläuterung:
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11		
Knie-TEP	50	22	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches	Mindestmenge wird 2009 erreicht werden

### **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 / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

Die Caritas-Klinik Maria Heimsuchung ist ein katholisches Krankenhaus. Im Bewusstsein der christlichen Trägerschaft wurde in einem, die ganze Mitarbeiterschaft einbeziehenden Prozess das Leitbild entwickelt. Das Leitbild ist Grundlage unserer Qualitätspolitik.

Das seit Dezember 2005 nach der DIN EN ISO 9001:2000 zertifizierte Qualitätsmanagement und die Qualitätspolitik dienen dazu, die am Leitbild orientierte Qualität in der Patientenversorgung sicherzustellen und darzulegen. Die ISO Norm 9001 bildet den Rahmen, der nach den Anforderungen und Begebenheiten der medizinischen Einrichtung zu erfüllen ist. Im Fokus stehen die Kunden, also unsere Patienten, die Einweiser und Kostenträger, aber auch die Kollegen kooperierender Kliniken oder Praxen mit ihren unterschiedlichen Anforderungen an die Prozesse für die zu erbringenden Dienstleistungen und für die notwendigen Ressourcen. Deshalb ist das Qualitätsmanagement auch ein ureigenes Anliegen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Krankenhauses und wird täglich mit Leben gefüllt. Verantwortlichkeiten werden verbindlich zu geordnet, Prozesse überdacht, Schwachstellen und Verbesserungen aufgedeckt, Abläufe und Schnittstellen die Dokumentation in Arbeitsanweisungen transparent gemacht. Ziel aller Bemühungen ist immer der zufriedene Kunde.

Neben den jährlich durchgeführten externen Überwachungsaudits und vielen internen Audits haben wir uns nun im September 2008 dem Wiederholungsaudit mit dem Ziel der Rezertifizierung gestellt. Die externen Auditorinnen konnten sich von dem QM - System und der ständigen Verbesserung überzeugen und überreichten das neu erworbene Zertifikat.

Das Leitbild unserer Klinik ist Orientierung für unsere tägliche Arbeit im Krankenhaus. Es gliedert sich in die drei Bereiche „christliches Menschenbild“, „fachliche und menschliche Partner für Patientinnen und Patienten sein“ und „respektvolles Miteinander“. Innerhalb dieser Bereiche beschreiben 17 Leitsätze unsere Verhaltensgrundsätze.

## Leitbild

Aus dem Leitbild wurde die Qualitätspolitik abgeleitet. Als Orientierungsrahmen für das Qualitätsmanagementsystem der Caritas-Klinik Pankow ist die Qualitätspolitik ein wichtiges Bindeglied zwischen dem im Leitbild beschriebenen Auftrag und den Zielen sowie der konkreten Betriebsführung.

### **1.1 Das christliche Menschenbild**

Als ein Ziel wurde festgelegt, die christliche Perspektive zum Maßstab des Handelns möglichst aller Klinikmitarbeiter zu machen. Die Seelsorger möchten dazu beitragen, dass jede und jeder sich in unserem Haus angenommen fühlt mit der Sehnsucht nach Gesundheit, den Ängsten und Freuden. Unsere Seelsorge begleitet die Patientinnen und Patienten, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Konfessionen und Weltanschauungen in Zeiten der Krise und Trauer. Die konfessionell gebundene Seelsorge bietet eigene Gottesdienste, Sakramentenspendung sowie die Herstellung des Kontaktes zu den Ortsgemeinden an.

Ein bedeutender Schwerpunkt in unserem Krankenhaus ist die intensive Betreuung im Umgang mit Fehl- und Todgeburten. Die betroffenen Mütter und Angehörige werden nicht allein gelassen, sondern unterstützt mit Hilfe und Trost.

Durch eine weiterführende Trauerbegleitung und die Erdsammelbestattung auf einer hauseigenen Grabstelle des ST. Hedwig Friedhofs erleben die Mütter und Familien eine seelsorgerliche Zuwendung, die über den Klinikaufenthalt der Betroffenen hinausreicht.

### **1.2 Partner unserer Patienten**

Unser Ziel ist es, unsere Patienten auf die bestmögliche Art zu betreuen und zu behandeln. Dazu sorgen wir beispielsweise für eine qualifizierte Aufnahme und eine schnelle zielgerichtete Diagnostik. Wir optimieren im Sinne unserer Patienten unsere internen Abläufe und erfassen Kennzahlen, um unsere Leistung messbar zu machen.

Für uns ist der Patient kein Fall, der abzuschließen ist. Wir betreiben Fürsorge für unsere Patienten über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus. Das beginnt mit einem strukturierten Entlassungsprozess, es finden wöchentliche berufsübergreifende Fallbesprechungen statt, um eine gute qualitative Weiterversorgung unserer Patienten zu gewährleisten. Dieser Prozess Entlassungsmanagement wurde im Rahmen der internen Audits in dem Jahr 2009 durch die

Qualitätsbeauftragten überprüft.

Im Ergebnis der Überprüfung:

- werden wir eine Einweiserbefragung durchführen
- auf Grund von Strukturveränderungen in der Abteilung Inneren Medizin, werden Festlegungen zum Entlassungsmanagement neu überdacht

Zur optimalen Weiterbetreuung unserer Patienten haben wir uns dem Qualitätsverbund Netzwerk im Alter angeschlossen. Das Überleitungsmanagement wird durch eine Kennzahl kontinuierlich überwacht und zeitnah werden Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

Unser gut implementiertes Beschwerdemanagement und die jährliche Patientenbefragung, geben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen deutlichen Impuls, wie zufrieden unsere Patienten sind, wie die geleistete Arbeit eingeschätzt wird, vor allem aber wichtige Hinweise, wo wir aus der Sicht der Patienten noch besser werden können. (Ergebnisdarstellung unter Teil D4)

### **1.3 Fachliche Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Wir beteiligen uns nicht nur an den vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V, sondern darüber hinaus an weiteren Studien zur medizinischen Qualitätssicherung (s. u.). Die Daten, die wir erhalten, werden so sinnvoll interdisziplinär besprochen und ausgewertet. Die fachliche Qualität der Pflege wird über die regelmäßig durchgeführten Pflegevisiten überwacht. Um die fachliche Kompetenz auszubauen, fördern wir bei unseren Mitarbeitern die Fort- und Weiterbildung. Es wird ein Jahresplan erstellt, der durch weitere Maßnahmen im Laufe des Jahres ergänzt wird. Die Wirksamkeit der Schulungen wird überwacht. Störungen im Behandlungsverlauf und Komplikationen werden interdisziplinär besprochen.

Die regelmäßigen Fortbildungen und die Durchführung themenbezogener Fachkonferenzen haben zum Ziel, die Qualität der Betreuung und Behandlung unserer Patienten zu verbessern.

### **1.4 Kooperation**

Die Kooperation mit allen an der Versorgung und Behandlung des Patienten Beteiligten, wie z.B. niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten, niedergelassene Hebammen ist für uns zur optimalen Betreuung der Patienten notwendig. Die Beteiligung am Qualitätsverbund Netzwerk im Alter, die Kooperation mit dem Olympiastützpunkt Berlin und der Austausch mit den ärztlichen Kollegen sind daher eine Selbstverständlichkeit.

In 2008 haben insgesamt 5 Ärzttestammtische mit den niedergelassenen Kollegen (3 Abteilung Innere Medizin, 1 Abteilung Chirurgie, 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe) stattgefunden. Ziel dieser Treffen ist es, dass die niedergelassenen Ärzte durch persönliche Kontakte über den Umgang der Leistungen der Klinik regelmäßig informiert und in die Behandlungsabläufe einbezogen werden. Der für die Bewertung der Veranstaltung und Ermittlung der Teilnahme konzipierte Fragebogen wurde genutzt. Es zeigt sich, dass die Stammtische der Inneren Medizin sehr gut besucht sind und auf gute Resonanz treffen.

Wir konnten das Versorgungsangebot für unsere stationären Patienten durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten verbessern. So ist bei Bedarf sowohl auf der Intensivstation als auch in der Abteilung Innere Medizin bei Patienten mit plötzlichem Nierenversagen die unverzügliche Dialysemöglichkeit gegeben. Ein herbeigerufenes Arzt-/Schwesternteam des kooperierenden Dialysezentrums stellt seit November 2007 die notwendige Behandlung am Patienten in unseren Räumen sicher.

Die Behandlung onkologischer Patienten wurde ab Oktober 2007 durch eine Sprechstundenmöglichkeit an unserem Standort wesentlich verbessert. Eine mit Ärzten aus verschiedenen Schwerpunktbereichen besetzte onkologische Praxis steht wöchentlich zu einer onkologischen Sprechstunde am Standort zur Verfügung. Diese Gelegenheit nutzen unsere Patientinnen und Patienten sowie unsere Ärzte zur Beratung und Entscheidung über weitergehende Behandlungsmöglichkeiten bei Krebserkrankungen

### **1.5 Gemeinsam getragene Verantwortung**

Die gemeinsam getragene Verantwortung drückt sich zuerst in einer Transparenz der Krankenhausleitung zu Fragen der aktuellen wirtschaftlichen Situation, der Planungen und zukünftigen Entwicklung des Hauses aus. Diese Offenheit ermöglicht es, Verantwortung zu tragen. Die Mitarbeitervertretung beteiligt sich an wichtigen Projekten, wie z. B. dem Qualitätsmanagementprozess.

### **1.6 Umgang miteinander**

Die Atmosphäre unseres Krankenhauses wird durch den Umgang miteinander geprägt. Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, respektvoll und freundlich miteinander umzugehen. Wir sehen auch hier die besondere Vorbildfunktion der

Krankenhausleitung und der anderen Führungskräfte.

## 1.7 Das Bemühen um ständige Verbesserung

Unser gesamtes Qualitätsmanagementsystem ist darauf ausgerichtet, einen Prozess der ständigen Verbesserung zu etablieren. Dazu wenden wir den PDCA-Regelkreis auf alle unsere Qualitätsmanagement-Elemente an (plan, do, check, act = Planung, Durchführung, Kontrolle, Anpassung). (Erläuterungen dazu unter Teil D 5)

Die Qualitätspolitik wird im Rahmen der jährlich von der Krankenhausleitung durchzuführenden Qualitätsmanagement-Bewertung fortdauernd auf Angemessenheit und ihre Umsetzung überprüft. Sie bietet den Rahmen zum Festlegen und Bewerten der Qualitätsziele

## D-2 Qualitätsziele

### 2.1 Leitbild

Die Qualitätspolitik wird durch die Ziele und Umsetzungsmaßnahmen konkretisiert. Die Krankenhausleitung hat für die einzelnen Aspekte der Qualitätspolitik grundlegende Ziele formuliert. Sie helfen, diese Aspekte auf den Alltag im Krankenhaus herunterzubrechen. Darüber hinaus werden zu jedem Ziel Umsetzungsmaßnahmen und Indikatoren zur Messung der Zielerreichung festgelegt. Bei der jährlichen Zielplanung wählt die Krankenhausleitung einzelne Aspekte heraus, die besonders beachtet und mit Hilfe von Kennzahlen dargestellt werden. Im Folgenden sind anhand der Leitbildthemen einige Beispiele für die Ziele und Maßnahmen dargestellt. Die vollständige Darstellung ist Anlage unseres Qualitätsmanagement-handbuches.

### 2.2 Leistungsziele der Klinik

Die Leistungsplanung der Klinik erfolgt kalenderjährlich und begründet sich auf den Kennzahlen

- Fallzahl
- Case-Mix (CM)



- Case-Mix-Index (CMI)
- Erlöse
- Es werden in der Verwaltung monatsbezogene Plan-Ist-Vergleiche als auch vorjahresbezogene Ist-Vergleiche zur Analyse der Leistungserbringung vorgenommen und in der Steuerungsgruppe Klinik monatlich besprochen. Die Soll-Ist-Vergleiche 2008 zeigen einen planmäßigen Leistungsverlauf.

### **2.3 Bewertung der abteilungsbezogenen Ziele**

Für die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, werden jährlich in allen Abteilungen und Bereichen Qualitätsziele festgelegt. Die Steuerungsgruppe QM berät die Vorschläge, entscheidet, welche umgesetzt werden sollen und setzen entsprechende Prioritäten. Die Umsetzung der Qualitätsziele wurde durch die internen Auditoren mit den Bereichen besprochen und im November des Jahres wird der endgültige Status der Erreichung erfasst. Im Jahr 2007 war die Überprüfung der Zielerreichung nach dem Kriterium „Wie kann das Ziel gemessen werden“ nicht in allen Fällen eindeutig umsetzbar. Dieser Aspekt wurde mit den Vorgesetzten besprochen sowie unterstützend begleitet. Die Qualitätsziele für das Jahr 2008 zeigten eine deutliche Besserung. Im Audit wurde mit den Vorgesetzten besprochen, den Mitarbeitern einen kontinuierlichen Status der Qualitätsziele in regelmäßigen Teamsitzungen mitzuteilen. Jedes festgelegte Ziel ist ein wesentlicher Beitrag zur stetigen Steigerung der Qualität unserer Dienstleistungen. Sehr deutlich ist dieses in der umfangreichen Erweiterung unseres Intranetauftritts festzustellen, z. B. Ergänzung zusätzlicher Bereiche (Medizintechnik), Transparenz der Berichte zum Qualitätsmanagement, Dokumentenlenkung (Formularhilfen sämtlicher Abteilungen wurden ergänzt; alle extern in Druck gegebene Formulare wurden neu gelenkt und neue Verantwortlichkeiten festgelegt). Die Bereiche und Abteilungen, die ihr Ziel nicht vollständig 2008 umsetzen konnten, planen eine weitere Umsetzung für das Jahr 2009. Die Qualitätsziele der einzelnen Abteilungen und Bereiche unseres Krankenhauses werden im Dezember des Jahres durch die Qualitätsmanagementbeauftragte erfasst und im Intranet allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur ständigen Nachvollziehbarkeit und besseren Transparenz zur Verfügung gestellt. In Form eines Berichtes im Intranet werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Umsetzung der Qualitätsziele informiert. Die Wirksamkeit der Umsetzung der Qualitätsziele wird in den internen Audits überprüft. Die Prozesskennzahlen sind unter Teil D 6 aufgeführt.

## 2.4 Veränderungen im Hinblick auf die strategischen Ziele unseres Hauses

### 2.4.1 Baumaßnahmen

- Die bisher auf zwei Ebenen in benachbarten Gebäudeteilen betriebenen OP-Bereiche werden auf eine Ebene verlegt. Dadurch wird der Einsatz des Assistenzpersonals effizienter, da die Versorgung mehrerer Säle auf einer Ebene durch Springer statt durch fest zugeordnete Kräfte möglich ist. Die Baumaßnahme wurde im Oktober 2008 abgeschlossen.
- Der Umbau des endoskopischen Bereiches wurde Mitte September 2008 abgeschlossen. Die Behandlungs- und Wartesituation für die Patienten wird in den neuen Räumen patientengerechter sein. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt es angenehmere Arbeitsbedingungen in großen Räumen. Außerdem wird weitere neue Medizintechnik eine bessere Diagnostik ermöglichen.
- Im Erdgeschoss der Klinik ist ein Linksherzkatheterlabor eingerichtet worden, das im August 2008 die Patientenversorgung aufnahm. In dem vollkommen neu errichteten Linksherzkatheterlabor mit modernster Medizintechnik werden die Patienten versorgt werden, die mit akutem Koronarsyndrom vor allem über die Rettungsstelle in unsere Klinik kommen. Ergänzend zum Linksherzkatheterlabor wurde auf der Station 3 eine Überwachungseinheit mit vier Betten, speziellen Überwachungsmöglichkeiten und zusätzlichem Überwachungspersonal eingerichtet. Ziel der Maßnahmen ist es, Patienten, die entweder über die Rettungsstelle oder im Zuge ihres stationären Aufenthaltes mit einer Katheterintervention behandelt werden müssen, nicht mehr zu dieser Untersuchung in eine andere Klinik zu verlegen. Dadurch verbessert sich die Versorgungssituation sowohl für die Patienten, da sie sofort vor Ort ohne weiteren Transport versorgt werden können als auch für die behandelnden Ärzte, die zur Erbringung dieser Leistungen nicht mehr ihren Arbeitsbereich in der Klinik verlassen müssen. Durch die Errichtung eines eigenen Herzkatheterlabors hat sich das Patientenaufkommen im Bereich der Kardiologie gesteigert, da die Notfallpatienten mit kardialen Beschwerden in unserer Klinik wohnortnah versorgt werden können und nicht mehr durch die Rettungsdienste in entferntere Kliniken gebracht werden müssen.
- Der Zugangs- und Flurbereich zu den Kreißsälen wurde in 2008 umgestaltet, um ein einheitliches ansprechendes Aussehen des gesamten modernisierten geburtshilflichen Bereiches darzustellen.

### 2.4.2 Investitionen

- In 2007 wurde ein neuer 16-zeiliger Computertomograph in der Radiologie angeschafft.
- Im Jahr 2008 sind Systeme zur digitalen Bilddokumentation und -archivierung im Klinik- und Radiologiebereich (PACS) angeschafft worden. Daran sollen moderne Durchleuchtungsgeräte sowie ein Magnetresonanztomograph in 2009 angebunden werden. Dadurch werden die diagnostische Möglichkeiten für die Patienten und die Kommunikationswege in der Klinik verbessert.

## **D-3** Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

### **3.1 Lenkungsgremien**

Die Krankenhausleitung, bestehend aus Ärztlichem Direktor, der Verwaltungsdirektorin und der Pflegedirektorin, ist für die Aufrechterhaltung, Förderung und Steuerung des Qualitätsmanagements verantwortlich. Die konkrete Durchführung der vielfältigen Aufgaben zur Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems obliegt der Qualitätsmanagementbeauftragten. Zusammen mit Vertretern der Mitarbeitervertretung bilden sie die Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement, die die Grundsätze des Qualitätsmanagements festlegt. Zur Unterstützung der Krankenhausleitung und der QMB ist eine Qualitätsmanagementgruppe ins Leben gerufen worden. Sie ist mit Qualitätsbeauftragten aus der Ärzteschaft sowie des Pflegedienstes und Vertretern der Verwaltung besetzt. Nachfolgender Absatz wurde gestrichen. Die Qualitätsbeauftragten treffen sich regelmäßig alle 6 Wochen unter der Leitung der Qualitätsmanagementbeauftragten. Hier werden die Informationen besprochen und die Arbeitsergebnisse ausgewertet. Im Rahmen einer internen Schulung im Jahr 2008 der Qualitätsbeauftragten wurden die einzelnen Kapitel der ISO-Norm 9001-2000 besprochen und an Hand der Festlegungen in unserem QMH verdeutlicht. Die Normkapitel sind Grundlage der Auditierung und sollten somit das Verständnis für die inhaltlichen Fragen verbessern. Zur Bearbeitung einzelner Projekte werden problemorientierte Qualitätszirkel/Projektgruppen durch die Krankenhausleitung eingerichtet. Diese Qualitätszirkel werden von einzelnen Qualitätsbeauftragten moderiert. (Projekte unter Teil D 5 einzusehen)

### **3.2 Benötigte Ressourcen**

Die benötigten Ressourcen werden im jährlichen QM-Budget ausgewiesen. Aufgrund des erweiterten Behandlungsspektrums (Errichtung eines Herzkatheterlabors) wurde die Ressourcenbereitstellung erweitert. Der Bereich Funktionsdiagnostik wird eigenständig durch einen Qualitätsbeauftragten unterstützt. Für das Gesamtsystem des Qualitätsmanagements zur Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Anforderungen sind Fragen der Arzneimittelsicherheit, der Sicherheit der Anwendung der Medizinprodukte, der Hygiene, der Transfusionsmedizin, des Strahlenschutzes etc. von entscheidender Bedeutung. Für alle diese Bereiche sind entsprechend qualifizierte Verantwortliche und Beauftragte ernannt. Im jährlichen Management Review bewerten die Verantwortlichen unter dem Aspekt Zwischenfälle- und unerwünschte Wirkungen die so genannten Vorbeugemaßnahmen.

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

### **4.1 Audits**

Nach DIN EN ISO 9001 ist von der Organisation die Durchführung von internen Audits im Qualitätsmanagementsystem gefordert (Abschnitt 8.2.2). Ziel ist die Ermittlung, ob das Qualitätsmanagementsystem den geplanten Regelungen, den Anforderungen der Norm und den internen Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem entspricht und wirksam verwirklicht und aufrechterhalten wird. Um die Wirksamkeit unseres QM-Systems zu betrachten, werden in unserem Krankenhaus entsprechend des Auditplans geplante sowie bei weiterem Bedarf außerplanmäßige interne Audits durchgeführt. Der Auditplan wird gemeinsam in der Gruppe der Qualitätsbeauftragten anhand der zu überprüfenden Normen und der Prozessaudits erstellt. Der Auditplan wird durch die Beauftragte der obersten Leitung bestätigt und in Kraft gesetzt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist verantwortlich für die Planung, Durchführung und Auswertung der Audits. Dabei wird sie von den Qualitätsbeauftragten unterstützt. Sie legt den Auditumfang, die Auditziele und die Auditmethoden fest. Zur Vorbereitung wird ein Fragebogen erstellt, der gezielt den geplanten Prozess überprüft sowie Feststellungen aus den letzten internen und externen Audits, aber auch eingeleitete Korrekturmaßnahmen aus Beschwerden oder (Beinahe-) Fehler berücksichtigt. Die Auditergebnisse werden direkt vor Ort besprochen und die Feststellungen werden in einem Auditbericht dokumentiert. Über die Verantwortlichen, die im Verbesserungsprotokoll benannt sind, findet über einen festgelegten Zeitraum die Rückmeldung zum Stand der Korrekturmaßnahmen statt. Geplante Reaudits werden in bestimmten Abteilungen ebenfalls durchgeführt, um die Verbesserung zu überprüfen. Der Umsetzungsstand wird in regelmäßigen Sitzungen überprüft, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung nachhaltig zu gewährleisten.

#### **4.1.1 Beispiele von Prozessaudits**

- Entlassungsmanagement
- Reanimationsmanagement
- Wundmanagement
- Dokumentationslenkung
- Transfusionsmanagement
- EDV Ausfallkonzept

#### **4.1.2 internes Audit - Einige Hinweise zu Verbesserungen im Jahr 2007/2008**

- Sichere Kennzeichnung bei allen Anforderungen im EDV System von infektiösen Patienten
- Patientensicherheit - Einführung von Patientenarmbänder

- Sicherstellung der Konformität bei Prozessbeschreibungen übergreifender Abteilungen
- Sicherstellung des Prozessablaufes zeitnahe Abrechnung von ambulanten OP
- Sicherstellung der lückenlosen Dokumentation im ärztlichen Bereich
- Verbesserung der Rückverfolgung der Maßnahmenfestlegung des Beschwerdemanagements im Pflegebereich
- Handlungsbedarf in der Sicherstellung der Indikationsstellung der Rehabilitationsmaßnahmen im ärztlichen Bereich
- praktikable Umsetzung der Wirksamkeitsüberprüfung von internen Fortbildungen
- Festlegung der Verantwortlichkeiten bei der Überprüfung Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Alle Maßnahmen werden zur kontinuierlichen Nachvollziehbarkeit in einem Maßnahmenkatalog geführt. Die Qualitätsbeauftragten verfügen im Intranet über einen gemeinsamen Dateiordner und können somit eine zeitnahe Dokumentation der Überprüfung selbstständig durchführen.

#### **4.1.3 externes Audit - positive Feststellungen**

Durch das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und gute Zusammenarbeit wurden die Auditfeststellungen im Rahmen der Rezertifizierung positiv bewertet: Die positive Einschätzung der externen Auditorinnen bestätigte die Umsetzung der in den internen Audits festgelegten Maßnahmen und das Ziel der ständigen Verbesserung.

#### **4.1.4 Die Anzahl der durchgeführten Audits**

Die Anzahl der durchgeführten Audits ist dadurch begründet, welche Bereiche an den prozessorientierten Abläufen mitbeteiligt waren. Im Jahr 2007 wurde die prozessorientierte Auditierung begonnen und im Jahr 2008 wegen der Rezertifizierungsaudits in allen Bereichen durchgeführt

2006 - 25 Audits

2007 - 46 Audits

2008 - 36 Audits

## 4.2 Rückmeldung unserer Kunden - Interne Patientenbefragung

Entsprechend unserer Qualitätspolitik ist die Kundenzufriedenheit das oberste Ziel unseres Qualitätsmanagementsystems. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Wahrnehmung unserer Patienten zu erfassen. Jährlich durchgeführte Patientenbefragungen geben uns Auskunft darüber, wo wir aus der Sicht der Patienten noch besser werden können oder wie unsere tägliche Arbeit bei all den Anforderungen eingeschätzt wird. Auf Grund der Rückmeldungen unserer Patienten, dass der Umfang des Fragebogens zu umfangreich war und die Rücklaufquote nur ca. 40% darstellte, haben die Mitglieder der Steuerungsgruppe die Befragung neu konzipiert. Seit 2007 wird eine Befragung durchgeführt, die sich auf themenbezogene Aspekte konzentriert. Es wurden 2007/2008 schwerpunktmäßig die Themen „Stillen, „Visite“ und „Schmerztherapie“ erfragt. Die gezielten Fragen haben sich teilweise aus den Kritik - und Meinungsbögen ergeben und aus den vorangegangenen Befragungen mit Hinweisen aus den Freitexten. In der Befragung 2009 wurde der Bogen mit dem Themenschwerpunkt „Kommunikation/Information“ ergänzt. Die Rücklaufquote liegt seit 2007 über 50% und ist somit ein aussagekräftiger Wert

### 4.2.1 Rücklaufquote

2007 - 70%

2008 - 59%

2009 - 63%

Die gute Bewertung zog sich durch alle Bereiche. Die Ergebnisse der Gesamtauswertung führten zu keinen notwendigen Maßnahmen. Die Ergebnisse der einzelnen Bereiche und die Hinweise aus den Freitexten dienen der internen Auswertung mit ggf. Maßnahmenableitung. Die Mitteilungen aus den Freitexten sind Einzelmeldungen, sie wurden in den Teams besprochen. Viele Patienten haben die Möglichkeit, einen freien Text einzutragen, genutzt. Die Patienten drückten ihren Dank und Anerkennung aus. Sie lobten die gute Betreuung durch das Pflegepersonal und durch die Ärzte. Dennoch helfen uns die Hinweise die Organisation und die Abläufe von Untersuchungen aus der Sicht der Patienten noch genauer zu betrachten, um den Anforderungen im Krankenhausalltag mit den uns gegebenen Möglichkeiten adäquat zu begegnen.

### 4.2.2 Ergebnisse aus der Befragung 2008

Korrekturmaßnahmen wurden in der Geburtshilfe zum Thema Stillen eingeleitet.

Ein wesentlicher Punkt, welcher durch die Mütter genannt wurde, war das stillorientierte Speisenangebot. Auf der

Wöchnerinnenstation wurde in Zusammenarbeit mit der Diätassistentin ein erweiterter Speiseplan unter Berücksichtigung der Stillkost erarbeitet. Auf dieser Station konnte zusätzlich das Buffet neu etabliert werden. Die Speisenkühlung wird dadurch verbessert. Zusätzlich wurde ein Wasserspender bereitgestellt, was die Qualität der Getränke erhöht und für das Personal eine Entlastung darstellt. Hinsichtlich des Aspektes „Einheitliche Stillenberatung“ wurden die festgelegten Kriterien überarbeitet und ergänzt. Eine interne Schulung wurde zu diesem Thema mit dem Ziel der Qualitätssicherung durchgeführt. In der Befragung 2007 und 2008 haben 98% der Antwortenden sich geäußert, sie würden sich wieder in unserem Krankenhaus behandeln lassen. Ein Ergebnis worauf alle stolz sein können.

## **4.3 Beschwerdemanagement**

### **4.3.1 Aufbau**

Ein Beschwerdemanagement in einer Klinik aufzubauen, setzt die Bereitschaft voraus, Beschwerden zuzulassen und sie in das klinikeigene Strategiekonzept aufzunehmen. Diese Bereitschaft bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu wecken, ist Aufgabe der Klinikleitung. Die Leitung der Klinik hat erkannt, dass wir ohne ein konsequentes Beschwerdemanagement unsere Qualität zwar behaupten, aber nicht messen können. Beschwerden sind eine wichtige Informationsquelle für Verbesserungen. Sie geben uns darüber hinaus die Chance, die Patientenzufriedenheit zu steigern. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, der/dem eine Beschwerde angetragen wird, ist in der Verantwortung die Kritik ernst zu nehmen und entsprechend zu reagieren sowie Maßnahmen zu ergreifen, um den Patienten zufrieden zu stellen. Der Grund der Beschwerde ist sofort bzw. so schnell wie möglich zu beseitigen. Alle eingegangenen Beschwerden werden durch die Qualitätsmanagementbeauftragte erfasst und an die/den zuständige/n Leiterin/Leiter weitergeleitet. Die halbjährliche statistische Auswertung ist für alle im Intranet nachzulesen. Zusätzlich erhalten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Darstellung aller Beschwerden zur eingegangener Thematik und Umsetzung. In den internen Audits ist die Frage „Umgang mit unserem Beschwerdemanagement“ ein wesentliches Fragekriterium. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen dieses Verfahren und das Verständnis, die Kritiken positiv aufzufassen und den Patienten die Möglichkeit zu gewähren, es schriftlich zur Weiterbearbeitung zu erfassen, ist zunehmend gestiegen. Die Stimulierung von Beschwerden ist ein wesentliches Anliegen des Beschwerdemanagementsystems. Da es Rückmeldungen von Seiten des Pflegepersonals gab, dass das Beschwerdeformular mit der eindeutigen Bezeichnung „Beschwerde“ den Patienten oft zurückschrecken ließ, wurde der Bogen in einen „Meinungs- und Kritikbogen“ umbenannt. Im Rahmen eines Projektes 2008 wurde das Beschwerdemanagement dahingehend erweitert, dass die Rettungsstelle mit einbezogen wurde und dort Formulare auch ausgelegt wurden.

#### 4.3.2 Halbjährlicher Auswertung - Anzahl der Kritiken

Oktober 2007 - März 2008: 17

April 2008 - September 2008: 28

Oktober 2008 - März 2009: 36

Das Ziel aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soll es immer sein, unseren Patienten ein Gefühl zu vermitteln, dass ihre berechtigten Anliegen ernst genommen und bearbeitet werden. Durch ein positives Erlebnis während des Aufenthaltes oder bei der Bearbeitung der Beschwerde kann Unzufriedenheit in Zufriedenheit gewandelt werden und mit solch einer Erfahrung wird der Patient sich eher entscheiden, wiederzukommen. Diesbezüglich gab es schon positive Rückmeldungen. In allen Fällen (bis auf 5 Fälle, welche nicht eindeutig nachvollziehbar waren) gab es einen schriftlichen oder mündlichen Kontakt mit den Beschwerdeführern. Die Bearbeitung erfolgt nach Festlegung innerhalb von 4 Wochen. Einzelne Ausnahmen sind zum Beispiel auf eine zeitaufwendige Klärung komplexer Sachverhalte zurückzuführen. Jede Kritik wird jedoch zeitnah in der betroffenen Abteilung ausgewertet. Bei Beschwerden, die den Umgangston kritisieren, werden zeitnahe Mitarbeitergespräche geführt und gegebenenfalls individuelle Maßnahmen besprochen. Übergreifende Problematiken werden in den Teambesprechungen kommuniziert und ggf. Maßnahmen eingeleitet. Alle diese Festlegungen und Inhalte müssen zur Nachvollziehbarkeit im Protokoll festgehalten werden. Im Audit waren die Beschwerden bekannt, aber eine Verbesserungsmöglichkeit wurde in der Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen gesehen. Übergreifend wurde festgelegt, dass in jeder Teamsitzung das Beschwerdemanagement ein regelmäßiger Inhaltspunkt ist und dokumentiert wird.



### **4.3.3 Beschwerdeinhalte und Maßnahmen**

Bitte zu beachten, die Beschwerdeanzahl stimmt nicht mit der Anzahl der Häufigkeiten überein. In den Kritiken ist oftmals auf mehrere Aspekte hingewiesen worden.

#### **Beschwerdeinhalte April 2008 - September 2008**

##### **Anzahl der Häufigkeiten**

- Umgangston: 7
- Pflegequalität: 1
- medizinische Versorgung: 5
- Sauberkeit/Service: 2
- Kommunikation/Aufklärung: 5
- Organisation/Abläufe: 6
- Sonstiges: 8

#### **Beschwerdeinhalte Oktober 2008 - März 2009**

##### **Anzahl der Häufigkeiten**

- Umgangston: 9
- Pflegequalität: 4
- medizinische Versorgung: 6
- Sauberkeit/Service: 3
- Kommunikation/Aufklärung: 7
- Organisation/Abläufe: 9
- Sonstiges: 3

Die halbjährliche Auswertung in der Steuerungsgruppe führte zu folgenden Maßnahmen:

##### **a) Wartezeit RST/Information**

Recherchen der Beschwerdesachverhalte haben gezeigt, dass sich die Patienten nicht ausreichend hinsichtlich der Wartezeit informiert fühlten oder teilweise gar keine Information bezüglich der Behandlungsdauer an die wartenden Angehörigen gelangte. Der Empfang der Notaufnahme ist durch ein Aufnahmepersonal besetzt und medizinische Einschätzungen oder Mitteilungen stellen sich daher in der Absprache zum Pflegepersonal als schwierig dar.

**Maßnahme:**

- patientenfreundliche bzw. angehörigengerechte Kommunikationsstruktur festlegen
- interne Schulungen der Mitarbeiterinnen der Aufnahme
- Hinweise zur Behandlungsabläufe in Form einer Informationstafel den Patienten zur Verfügung stellen
- perspektivisch wird der Empfang mit medizinischen Personal besetzt

**Stand:** Die ersten drei Maßnahmen wurden umgesetzt

**b) Organisation/Ablauf** (lange Wartezeiten für Patienten mit Einweisungsschein)

**Maßnahme:**

- die Abteilung Innere Medizin erarbeitet ein Konzept zur effektiveren Verfahrensweise bei Patienten mit Einweisungsschein.

**Stand:** befindet sich noch in der Umsetzung, da die Innere Abteilung sich umstrukturiert

**c) Mangelhafte PDA-Aufklärung bei den Schwangeren**

**Maßnahme:**

- Sicherstellung einer geregelten stufenweise Aufklärung bei einem Periduralkatheter - alle Mütter erhalten beim Aufnahmegespräch zur Erstaufklärung die Aufklärungsbögen
- Festlegung erfolgt im Kreißsaalhandbuch

**Stand:** umgesetzt

## 4.4 Mitarbeiterbefragung

### 4.4.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung aus 2008

Die Komplexen und personalintensiven Dienstleistungen eines Krankenhauses stellen hohe Anforderungen an alle Beteiligten dar. Ein zentraler Aspekt ist dabei die mehr oder weniger aktive Einbeziehung des Patienten in den Prozess der Leistungserbringung. Zur qualitativen Bewertung der Versorgungs- und Betreuungsleistung bedarf es allerdings auch der Kenntnis der Mitarbeiterperspektive. In unserem Krankenhaus wird alle zwei Jahre eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die erste umfassende Mitarbeiterbefragung fand im Jahr 2006 statt. Hierbei stellte sich heraus, dass die Themen „Information/Kommunikation“ und die „Arbeitsorganisation“ als verbesserungswürdig gesehen wurden. In dieser Mitarbeiterbefragung 2008 wurden zu diesen speziellen Themen Fragen gestellt. Ein Ziel der Befragung 2008 war, die einzelnen Bereiche in der Auswertung darzustellen und die Ergebnisse mit den Vorgesetzten und Mitarbeitern zu besprechen. Die Auswertung der Mitarbeiterbefragung und die Rückmeldung aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigten jedoch sehr deutlich, dass der Aspekt der Anonymität durch die Kennzeichnung der Bögen in Frage gestellt wurde. Somit war die Rücklaufquote sehr gering. Die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen darzustellen machte deshalb keinen Sinn.

Rücklaufquote 2006: 161 Bögen

Rücklaufquote 2008: 95 Bögen

Dieser Wert war nicht repräsentativ und aussagekräftig genug. Die Mitarbeiterbefragung wurde in der Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement ausgewertet mit dem Ergebnis, dass auf Grund der geringen Beteiligung keine weiterführenden Aussagen getroffen werden können. Die Hinweise aus den Freitexten wurden zentral zusammengetragen und ermöglichten es den Vorgesetzten, gezielt auf die Anmerkungen einzugehen. Die Ergebnisse wurden mit den Vorgesetzten besprochen und waren für alle im Intranet nachzulesen.

Schwerpunkte aus den Freitexten genannt in den verschiedenen Arbeitsbereichen

- Verbesserung der organisatorischen Abläufe
- Der Inhalt des Fragebogens ist nicht ausreichend mitarbeiterorientiert
- Das Intranet „Startseite“ als allgemeines Informationsinstrument weiter ausbauen, um wesentliche Informationen zu sichern und bekannt zugeben
- Verbesserung der Umgangsformen und das freundliche Miteinander

#### **4.4.2 Maßnahmen**

Der Krankenhausleitung ist es wichtig, bei der nächsten Befragung im Jahr 2010 mitarbeiterorientierte Themenschwerpunkte zu berücksichtigen. Daher wurde beschlossen, dass alle Bereiche gemeinsam im Team diese gewünschten Inhalte erfassen und somit die Inhalte durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestimmt werden können.

#### **4.5 Zwischenfallanalyse-System CIRS - Risikomanagement**

##### **4.5.1 Aufbau**

Eine wichtige Entscheidung in dem Jahr 2008 war die Ergänzung eines strukturierten Risikomanagements zur Erkennung von Situationen mit Risikopotential. Neben unserem Beschwerdemanagement und der Patientenbefragung ist das von der QMB mit Hilfe einer externen Beraterin eingeführte System zur Erfassung von kritischen Situationen und Beinahefehlern, genannt CIRS (Critical Incident Reporting System), ein weiterer Baustein des Risikomanagements. Im CIRS werden seit April 2008 alle Hinweise unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im klinischen Bereich im Intranet über eine spezielle Software (riskop) erfasst und monatlich von der Risikobeauftragstengruppe, bestehend aus Mitarbeitern der Pflege, des ärztlichen Dienstes und der Funktionsdiagnostik, ausgewertet. Die Gruppe sichtet alle Fälle, recherchiert sie und beantwortet dabei die Frage, was getan werden muss, um kritische oder fehlerträchtige Situation zu vermeiden. Ergebnisse werden durch die Verantwortlichen in den einzelnen Bereichen festgelegt und bei übergreifenden Problematiken wird die Krankenhausleitung über die aufgetretenen Ereignisse informiert. Es zeigte sich, dass mit den Informationen über Beinahe-Zwischenfälle sehr sensibel umgegangen werden muss. Das System wurde den Mitarbeitern in einer Schulung verdeutlicht, so dass jeder Einzelne zur Verbesserung der Patientensicherheit intensiv beitragen kann. Die Qualitätsbeauftragte erstellt einen halbjährlichen Bericht an die Hausleitung und informiert über den Stand der Umsetzung. Dieser Bericht steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Intranet zur Verfügung. Es wurde das Ziel erreicht, die Informationsstruktur dahin gehend zu erweitern, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zeitnahe Transparenz der eingegangenen Fälle erhalten, um die Vorgehensweise und die Bedeutung des Meldesystems zu verdeutlichen. Insgesamt wurden von März 2008 bis Dezember 2008 35 Fälle in das Erfassungssystem durch die Mitarbeiter eingegeben. 30 Fälle konnten abgeschlossen werden. Bei 18 Eingaben handelt es sich um mehrfach auftretende Fälle. Die Analyse kritischer Situationen gibt Hinweise darauf, wo Fehlerquellen sind und wie die Zusammenarbeit der verschiedenen Abteilungen unserer Klinik weiter verbessert werden kann, zum Beispiel, wie sich der Einfluss von Baumaßnahmen auf die Hygieneverhältnisse ausschließen oder mindern lässt. Die Analyse und Darstellung von Fällen machte ein schnelles Handeln sehr deutlich und führte zu klaren Regelungen.

#### 4.5.2 Einige Beispiele, die durch das Meldesystem mehrfach analysiert werden konnten:

- Versand von Blutproben
- Patiententransport
- Einarbeitung von Famulanten
- Aufklärung
- Anordnung
- Diagnoseabkürzungen

In diesen Fällen kam es zu eindeutigen neuen oder ergänzten Festlegungen von Verantwortlichkeiten, Anforderungsprofilen, Checklisten. Die Fälle sind durch die Verantwortlichen in den Abteilungen und Bereichen kommuniziert worden. Der Fall Patiententransport wurde im Rahmen eines internen Audits unter Einbeziehung des externen Dienstleisters betrachtet und führte zu den notwendigen Verbesserungsmaßnahmen. Die Ergebnisse werden mit Hilfe des Systems über Publikationen mitgeteilt, in der Bereichsleitersitzung durch die QMB und im ärztlichen Bereich durch die Risikobeauftragten. Die Überprüfung im internen Audit war positiv, da jeder Befragte das System und den Risikobeauftragten kannte und die aktuellen Fälle mit entsprechenden Hinweisen genannt werden konnten. Wenn wir die Sicherheit der Patienten auf diese Weise stärken, erhöhen wir die Qualität der Behandlung und die Betreuung in unserer Klinik. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten jetzt schon nach so kurzer Einführung einen positiven Anteil.

### **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

Die Umsetzung der QM Projekte aus einzelnen Abteilungen tragen auch zur Erreichung der Qualitätsziele bei. Zur Klärung und Regelung von Prozessproblemen wurden folgende Projekte durchgeführt.

#### 5.1 Das Projekt „Sichere Anmeldung der Patienten im KIS zur OP“

Korrekte Eingabe der Fallnummern, um bei nachvollziehbarer Dokumentationsleistung abrechnen zu können.

##### **Status:**

Eine interne Schulung des OP Personals wurde durchgeführt. Seit 2007 ist die regelmäßige Überprüfung und Rückmeldung bei Auffälligkeiten in den Aufgabenbereich des Medizincontrollings aufgenommen worden. Dabei zeigte sich, dass die

Anmeldungen der Patienten zur OP mit der richtigen Fallnummer sich deutlich verbessert haben.

## **5.2 Das Projekt „Patientenidentifikation - Patientensicherheit“**

Vermeidung von Patientenverwechslung bei Diagnostik und Behandlung und schnellere Identifikation von Patienten mit Weglauftendenzen.

### **Status:**

Einführung der Identifikationsarmbänder seit 01.07.2008 in der gesamten Abteilung Innere Medizin. Andere Bereiche können bei Bedarf die Armbänder anfordern.

## **5.3 Das Projekt „OP- Management“**

Das Projekt aus 2007 hatte zum Ziel, Festlegungen für eine störungsfreie, effektive und wirtschaftliche Patientenversorgung zu treffen. In der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe der Station 1 wurde die Einbestellung ambulanter OP- Patienten neu strukturiert. Die Mitarbeiter- und die Patientenzufriedenheit konnte verbessert werden.

2008 wurde das Projekt wieder aufgenommen. Ziel war es, eine budgetgerechte Personalplanung zu finden, um überdurchschnittliche Personalkosten zu vermeiden.

### **Status:**

Durch Analyse des IST-Zustandes ließ sich ein Teil der Mehrarbeitsstunden als unvermeidbar begründen. Die Vorschläge, die Situation zu verbessern, sind wegen Leitungswechsels und wegen des Umbaus in 2008 nicht umsetzbar gewesen. Das Projekt wird zurzeit weitergeführt.

## **5.4 Das Projekt „Erweiterung des Beschwerdemanagements“**

Das Beschwerdeformular wurde verändert (Meinungs- und Kritikbogen). Die Patienten und die Angehörigen erhalten somit eher die Möglichkeit ihre Meinung oder eine Verbesserung schriftlich uns mit zu teilen. Die Akzeptanz wird vorerst durch einen Briefkasten in der RST beobachtet, ggf. Erweiterung durch Meinungskarten

### **Status:**

Das Formular ist seit Mai 2008 in den Regelbetrieb übernommen worden. Durch die Erweiterung des Beschwerdemanagements und Standortfestlegung in der Rettungsstelle sind mehr Rückmeldungen zu verzeichnen. (siehe D 4)

### **5.5 Das Projekt „Informationsmappe“**

Einheitliche und umfassende Information des Patienten über unser Krankenhaus und notwendige Aufnahmeunterlagen.

#### **Status:**

Die Mappen wurden in den Regelbetrieb übernommen.

### **5.6 Das Projekt „Entlassungsmanagement“**

Die Festlegung regelt die Abläufe der Entlassung, mit dem Ziel einer störungsfreien, effektiven und wirtschaftlichen Patientenversorgung. Der Patient erhält während des Aufnahmegesprächs seinen voraussichtlichen Entlassungstermin. Einmal wöchentlich kommt ein multiprofessionelles Team bestehend, aus dem ärztlichen Dienst, einer Pflegeperson, der behandelnden Physiotherapeutin, der verantwortlichen Sozialarbeiterin und ggf. ein Vertreter aus der Krankenhauseelsorge zur kriteriengeleiteten Einschätzung über den Unterstützungsbedarf zur Entlassung des Patienten, zusammen.

Der endgültige Entlassungstermin wird dem Patienten spätestens 24 Stunden vor seiner Entlassung mitgeteilt. Das Entlassungsmanagement wurde in seiner Wirksamkeit mit einer Kennzahl und durch die Patientenbefragung gemessen. Die Patienten sind laut der Befragung mit der Entlassung zufrieden.

Die Kennzahlüberwachung bezog sich auf die Überprüfung der Einhaltung von 24 Stunden.

In einem Bereich wurde ein Verbesserungspotential festgestellt. Da sich in einem Prozess nicht alles in einer Kennzahl abbilden lässt, wurde für 2009 das Entlassungsmanagement als internes Audit geplant, um den gesamten Prozess und die Vorgaben zu betrachten.

#### **Ergebnis:**

- Optimierung der Arztbriefe, mit dem Ziel einer qualitativen Aufwertung der Epikrisen, ist
- erforderlich
- Um eine kontinuierliche Durchführung der multiprofessionellen Fallbesprechungen zu
- gewährleisten und dabei weiterhin eine gute Qualität sicherstellen zu können, sind
- Ablaufoptimierung und gegebenenfalls Präzisierung des Zeitfensters der Besprechungen

- notwendig

### **5.7 Das Projekt „Überleitung der Wöchnerinnen an die ambulanten Hebammen“**

Ziel ist es, dass jede Wöchnerin anhand standardisierter Kriterien ein Überleitungsformular für die weiter betreuende Hebamme erhält und die qualitative Übernahme bei Entlassung nachvollziehbar ist.

#### **Status:**

Die Umsetzung erfolgt bei jeder Entlassung. Bei einer Veranstaltung mit den niedergelassenen Hebammen wurde diese erweiterte Entlassungsdokumentation als sehr qualitativ aufwertend eingeschätzt. Auch die Wöchnerinnen fühlen sich sehr ernst genommen, wenn während der stationären Betreuung ihre Hinweise weitergeleitet werden und für die Hebamme eine zeitnahe Betreuung qualitativ sicherstellt wird.

### **5.8 Das Projekt „Erhebung der Schmerzqualität bei den Patienten im Aufwachraum“**

Es wurde eine Erhebung zur Schmerzqualität bei den Patienten im Aufwachraum zur Verbesserung der schmerztherapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Bei einem positiven Wert im Durchschnitt von 1,39 bei einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) leiten sich für den Aufwachraum keine Maßnahmen ab.

#### **Status:**

Nach dieser begrenzten Erhebungsphase wird jetzt bei allen Patienten eine Erfassung der Schmerzqualität durchgeführt, wobei zu beachten ist, dass kein Patient mit einem Schmerzscore  $> 3$  aus dem Aufwachraum verlegt werden darf. Somit wird die Grundlage für eine suffiziente Schmerztherapie im Aufwachraum gewährleistet. (Siehe Ergebnisdarstellung Aspekt „Schmerztherapie“ unter Teil D 4)

### **5.9 Das Projekt "Einführung von RISS und PACS"**

Zur qualitativen Verbesserung der radiologischen Diagnostik kam es im Oktober 2008 zur Einführung zwei neuer digitaler Systeme: RIS(Radiologie-Informationen-System) und das PACS(Picture-Archiving-Communications-System).

Die Bilddaten sind somit innerhalb von Sekunden nach Erstellung durch Web-basierte Bildbetrachtung im gesamten Haus



verfügbar. (Bewertung unter Teil D 6)

**Status:**

mit Einführung der zusätzlichen neuen Geräte seit 01. April 2009 im Regelbetrieb

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Wir überprüfen und bewerten unsere Leistungen regelmäßig und führen Verbesserungen durch. Ein Teil der Überprüfung erfolgt durch jährlich an den Erfordernissen angepasstes Kennzahlensystem zu Prozessleistungen, zur Dienstleistungsqualität und zur Umsetzung des Leitbildes.

### **6.1 Kennzahlen**

#### **6.1.1 Beispiele für bewertete Prozessleistungen:**

- nosokomiale Infektionen
- Dekubiti
- Stürze
- Postoperative Wundinfektionen
- ph-Metrie
- Quote der nicht standardgemäßen Pflegeüberleitung
- Wundmanagement bei chronischen und sekundären Wunden
- Hörscreening am 3. Tag bei Neugeborenen
- Orientierung an Behandlungspfaden

#### **6.1.2 Beispiele zur Dienstleistungsqualität:**

- Pflegevisite
- Anzahl der Fälle oberhalb der Grenzverweildauer
- QS-Dokumentationsrate

- Mahnrhythmus Forderungsmanagement
- Zeitraum zwischen Entlassung und Abrechnung

### **6.1.3 Beispiele zur Umsetzung des Leitbildes**

- Sterbebegleitung
- Begleitung der Mütter bei Abort
- Fortbildung zum Thema „Menschenbild“

## **6.2 Qualitätsziele der Abteilungen**

Jährlich gesetzte Qualitätsziele der Abteilungen/Bereiche werden bewertet. Sie tragen ebenfalls zu einem wesentlichen Beitrag zur stetigen Steigerung der Qualität unserer Dienstleistungen bei.

### **6.2.1 Abteilung Innere Medizin**

Die Spezialisierung in den Schwerpunktgebieten Gastroenterologie und Kardiologie wurde 2008 weiter intensiviert. So erfolgte der Neubau einer großer interdisziplinären Endoskopie und der Neubau eines Linksherzkatheter-Messplatzes. Inzwischen können alle endoskopischen Methoden, einschließlich der Minilaparoskopie, der Kapselendoskopie, der Single-Ballon-Enteroskopie und der Endosonographie angeboten werden. Ambulante Leistungen erfolgen in Rücksprache mit den niedergelassenen Kollegen der Umgebung. Durch Schulungen des Stationsteams wurde der Bereich Diabetologie gefestigt und das Schulungsprogramm für diese Erkrankung verbessert. Durch die Etablierung des Linksherzkatheters war die Einführung eines neuen Dienstsystèmes mit der Einsatzfähigkeit an 7 Tagen rund um die Uhr für die Kardiologie erforderlich. Inzwischen sind ein Kardiologe und ein Gastroenterologe jederzeit erreichbar. Zur intensivmedizinischen Absicherung der Betreuung der Patienten wurde eine Chest Pain Unit auf der kardiologischen Station eingerichtet und die telemetrische Überwachung ausgebaut. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die Ergebnisse deutschlandweit verglichen (Herzinfarktregister, Qualitätserfassung Endosonographie usw.). Neben den Schwerpunkten wird großer Wert auf die fachliche Einheit der Inneren Medizin gelegt und die internistische Basisversorgung für Pankow abgesichert.

### **6.2.2 Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin**

- Einführung Hämodialyse

Durch die verbesserte Diagnostik im gastroenterologischen Bereich der Abteilung Innere Medizin und die im Bedarfsfalle dann notwendig werdenden teilweise sehr anspruchsvollen Operationen, ausgeführt durch die Ärzte der Abteilung Chirurgie, wurde die Einführung der Dialysebehandlung in unserem Krankenhaus notwendig. Diese konnte im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit einer Praxis für Nierenkrankheiten und Dialyse realisiert werden. Durch Zusammenarbeit der Ärzte dieser Praxis mit den Fachärzten der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin wird so die Dialyse nach dem geforderten Standard garantiert. Neben Patienten, deren Nierenfunktion im Rahmen der Grunderkrankung oder bei entsprechender Vorschädigung eingeschränkt ist, können nun aber auch bereits dialysepflichtige Patienten internistisch betreut oder operiert und dialysiert werden und müssen sich nicht weiter als notwendig von ihrem Wohnort entfernen.

### **6.2.3 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe**

Neben dem allgemeinen Leistungsspektrum bieten wir eine ambulante Spezialsprechstunde an. Die urogynäkologische Sprechstunde mit Inkontinenzdiagnostik und Descenzsus-Chirurgie. Ein erweitertes Spezialverfahren mit neuesten Nahttechniken und der Einsatz von Kunststoff-Netzen erlauben eine bessere Korrektur von Senkung des Genitals, die operative Beseitigung der Harninkontinenz. Die 158 urogynäkologische Operationen im Jahr 2008 stellen gegenüber den Jahren 2006/2007 eine weitere Steigerung dar.

#### **- Sicherheitsmaßnahmen im Kreißaal**

Im Rahmen des Risikomanagements mit der Einführung des Beinahe-Fehlermeldesystems hat die Abteilung intensiv die gemeldeten Fälle besprochen und es haben sich entsprechende Sicherheitsmaßnahmen für den Kreißaal abgeleitet:

- Sicherstellung der Wahrnehmung des Bewusstseinzustandes der Mutter durch das Personal bei der Betreuung ihres Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt
- Sicherstellung der Abläufe im Notfall bei akuten Blutungen

#### **- Familienfreundliche Geburt**

Familienorientierte Geburtshilfe ist ein Markenzeichen unserer Klinik. Das Projekt „Familienfreundliche Geburt“ führte zu Umbaumaßnahmen im Bereich des Kreißaals. Der Zugangs- und Flurbereich zu den Kreißsälen wurde in 2008 umgestaltet, um ein einheitliches ansprechendes Ambiente des gesamten modernisierten geburtshilflichen Bereiches darzustellen. Die Abteilung ist seit 2009 Mitglied der WHO-unicef-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ e.V. Zurzeit laufen alle Vorbereitungen für den Projektbeginn. Ziel ist es, den Anforderungen gerecht zu werden und sich der Zertifizierung stellen zu können.

## **6.2.4 Laboratoriumsmedizin**

Zur Qualitätssicherung werden externe und interne Qualitätskontrollen durchgeführt. Das Landesamt für Mess- und Eichwesen Berlin-Brandenburg hat im Mai 2007 ein weiteres Zertifikat aufgrund von Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen ausgesprochen. Das Ergebnis des externen Audits durch die Ärztekammer Berlin zur Überprüfung der Qualitätsstandards und die Umsetzung zur Hämotherapie, wurde als sehr positiv bewertet.

## **6.2.5 Abteilung Radiologie**

Zur qualitativen Verbesserung der radiologischen Diagnostik kam es im Oktober 2008 zur Einführung zwei neuer digitaler Systeme: RIS(Radiologie-Information-System) und das PACS(Picture-Archiving-Kommunikations-System). Beide Systeme sind seit dem 01.04.2009 an das Intranet gegangen, so dass eine lückenlose digitale Befund- und Bilddokumentation ermöglicht wird. Die Kommunikation des RIS und PACS erfolgt über das KIS (Krankenhaus-Information-System) mit den Abteilungen. Röntgenfilme, Röntgentüten und die dazugehörigen Haustransporte fallen weg, zumal auch Befunde ausschließlich digital versendet werden. Das Personal der Radiologie musste durch Schulungen auf die modernen Techniken vorbereitet werden und verfügt zum Zeitpunkt der Einführung der Digitalisierung über einen hervorragenden Kenntnisstand, insbesondere auch den Bereich der digitalen Radiographie, Fluoroskopie und das RIS/PACS-System betreffend. Das Notfallmanagement bei Ausfall der digitalen Bildbetreuung von RIS/PACS wurde in Zusammenarbeit mit der EDV-Abteilung und der Rettungsstelle überarbeitet. Die Erneuerung der Arbeitsanweisungen in Anpassung an die digitale Radiographie erfolgt durch die Mitarbeiter der Abteilung.

## **6.2.6 Zusammenfassung**

Unter dem Fokus „Es ist viel Arbeit - was bringt uns das Qualitätsmanagement wirklich - was haben wir davon?“ ist und bleibt es ein großes Anliegen der Krankenhausleitung mit den hier dargestellten Instrumenten, die die Entwicklung systematisch und kontinuierlich aufzeigen, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv einzubinden und durch Kommunikation und Darstellung von Ergebnissen eine gute Transparenz zu schaffen. Es fällt sehr schwer, den Nutzen vom Qualitätsmanagement-System in wirklichen Euro-Beträgen abzubilden. Die spürbaren positiven, von allen Bereichen gemeldeten Auswirkungen im Qualitätsmanagement-System sind dagegen leichter aufzuzählen.

- Durchstrukturierte und beschriebene Prozesse schaffen eindeutige Verantwortlichkeiten und schaffen zunehmende Erleichterung im täglichen Arbeitsprozess
- Transparenz der Abläufe und Schnittstellen durch eine einheitlich gut implementierte Dokumentation
- Besserer Informationsfluss durch die Weiterentwicklung des Krankenhausinformationssystems
- Strukturierte und beschriebene Prozesse führen zur zuverlässigen und leichteren Einarbeitung
- Erfassung von frühzeitigem Erkennen von Beinahe-Fehlern und Minimieren von Risiken
- kontinuierliche Einschätzung der geleisteten Arbeit durch die Rückmeldungen der Patienten
- der Prozess kontinuierliche Verbesserung lässt sich durch die implementierten Qualitätsinstrumente nachvollziehen

In Rahmen des Management Reviews ist es möglich, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Leistung für einen festgelegten Zeitraum in der Bewertung und Verbesserung darzustellen. Es hilft uns, Prozessprobleme aufzuzeigen und systematisch zu bearbeiten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betrachten sehr kritisch ihre Leistungen am Patienten und tragen somit durch ein hohes Engagement zur kontinuierlichen Prozessverbesserung bei. Der Prozess Dokumentenlenkung ist sehr gut etabliert und wird in allen Abteilungen und Bereichen sehr strukturiert geführt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten sehr bewusst daran, dass durch ein kontinuierliches Schritthalten und durch einen konstruktiven Austausch eine gute Patientenversorgung weiterentwickelt werden kann. Mit Hilfe unseres QM-Systems konnten eine Vielzahl von komplexen Abläufen und Strukturen systematisch geregelt werden. Da wir unsere Qualitätsmanagement - Elemente unter dem Fokus des PDCA-Regelkreis(plan, do, check, act = Planung, Durchführung, Kontrolle, Anpassung) betrachten und auch anwenden, ist unter Einbeziehung aller strukturellen Veränderungen in der Klinik und den wachsenden Behandlungsabläufen, eine kontinuierliche Überprüfung notwendig. Die dreijährige Erfahrung im Aufbau unseres Qualitätsmanagements macht deutlich, was bisher geschafft wurde und vermittelt allen Beteiligten, das System in seiner Anwendung und Umsetzung zu verstehen, vor allem aber die Erfahrungen in Verbesserungen weiter umzusetzen.