

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V  
für das Berichtsjahr 2006

DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 25.10.2007 um 13:40 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
B-[1]	Psychosomatik und Psychotherapie
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	Hauptdiagnosen 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
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 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 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- 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



# DRK Kliniken Berlin

Wiegmann-Klinik

Abbildung: Logo der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

Ein umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus ist für Patienten und Kostenträger gleichermaßen wichtig.

Die DRK Kliniken Berlin sind auf dem Weg der „kontinuierlichen Verbesserung“ im Jahr 2004 erneut ein gutes Stück vorangekommen. Unser Qualitätsbericht legt hierüber Rechenschaft ab.

Der Bericht orientiert sich an den Vorgaben für „Qualitätsberichte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser“, so wie sie Krankenkassensystemverbände, Krankenhausgesellschaft, Bundesärzteschaft und medizinisch-pflegerische Berufsorganisationen vereinbart haben.

Die einheitliche Gestalt - in Verbindung mit der Veröffentlichungspflicht - dient dazu, Vergleichbarkeit herzustellen. Diesem Wettbewerb stellen wir uns.

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Prof. Dr. Thomas Kersting	Geschäftsführer	(030) 3035-5005	(030) 3035-5009	geschaeftsfuhrung@drk-kliniken-berlin.de
Dr. Thomas Jendges	Geschäftsführer	(030) 3035-5005	(030) 3035-5009	geschaeftsfuhrung@drk-kliniken-berlin.de
Dr. Hans Alsen	Direktionsbereich Qualitätsmanagement (verantw.)	(030) 3035-5208	(030) 3035-5230	h.alsen@drk-kliniken-berlin.de
Dr. med. Bidjan Sobhani	Direktionsbereich Strategie und Innovation	(030) 3035-5206	(030) 3035-5230	b.sobhani@drk-kliniken-berlin.de
Dipl. Betriebswirt Walter Vankann	Bereichsleiter Betriebswirtschaft	(030) 3035-5350	(030) 3035-5323	w.vankann@drk-kliniken-berlin.de
Dr. med. I.-Dorothee Kress	Chefärztin	(030) 3035-5750	(030) 3035-5759	d.kress@drk-kliniken-wiegmann.de
Dipl. Kaufmann Peter Kamenz	Verwaltungsleiter	(030) 3035-6243	(030) 3035-6475	p.kamenz@drk-kliniken-berlin.de

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Oberschwester Ursula Völz	Pflegedienstleitung	(030) 3035-4900	(030) 3035-4909	u.voelz@drk-kliniken- westend.de
Sabine von Leupoldt	Abteilungsschwester			

### Links:

Startseite der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik:

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/Wiegmann-Klinik.107.0.html>

Leitbild, Jahresberichte, Patienten-Informationsbroschüren der DRK Kliniken Berlin:

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/Publikationen.217.0.html>

Veranstaltungen der DRK Kliniken Berlin:

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/Veranstaltungen.564.0.html>

Pressemitteilungen der DRK Kliniken Berlin:

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/Pressemeldungen.262.0.html>

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. med. Hans Alsen, 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:**

DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

### **E-Mail:**

email@drk-kliniken-berlin.de/wiegmann

### **Internet:**

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/wiegmann>

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

261100387

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

00

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

### **Name:**

Dritte Gemeinnützige Krankenhaus GmbH Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Berlin

### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organisationsstruktur der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:

**Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?**

Nein

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnehmen:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Sonstige	Psychosomatik und Psychotherapie	Einzeltherapie für alle psychogenen Erkrankungen mit schwerem Verlauf u. drohender Dekompensation

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	auf Station
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	mit krankenhauseigenem Informationskanal
SA18	Telefon	auf Wunsch
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA33	Parkanlage	mit historischem Pfad
SA00	Sonstiges	Patientenfürsprecher
SA00	Anmerkung	Weitere Ausstattungsmerkmale sind in Abschnitt B-[1].4 aufgeführt. Nicht alle oben aufgeführten Merkmale stehen den Patienten kostenlos zur Verfügung.

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

---

### ANMERKUNG ZU AUFZÄHLUNGEN:

Die Reihenfolge von Aufzählungen insbesondere in den Abschnitten B-[1].2 und B-[1].4 ist durch die Katalogvorgaben geprägt und läßt keine Rückschlüsse auf die Bedeutung des Leistungsangebotes im Krankenhaus zu.

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

50 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

199

### **Teilstationäre Fallzahl:**

93

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

1

#### **Quartalszählweise:**

0

#### **Patientenzählweise:**

0

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

## B-[1] Fachabteilung Psychosomatik und Psychotherapie

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

Psychosomatik und Psychotherapie

#### Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

#### Fachabteilungsschlüssel:

3100

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie:	Kommentar / Erläuterung:
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Voll- und teilstationäre Behandlung von Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden bei denen die ambulante Therapie einschließlich pharmakologischer Behandlung nicht erfolgreich war, mit Persönlichkeitsstörungen und mit prothahierten Adoleszenzkrise

### B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
-----	---	--------------------------

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	<p>Einzel- und Gruppen-Psychotherapie</p> <p>Gestaltungstherapie, Klinische Kunsttherapie, konzentrierte Bewegungstherapie,</p> <p>Ergotherapie, Physiotherapie</p> <p>autogenes Training und Muskelentspannung</p> <p>Pharmakotherapie</p>
MP00	Sonstiges	<p>Voll- und teilstationäre Behandlungen, ab Mitte 2005 mit 40 Betten und 10 teilstationären Plätzen</p> <p>Multimodales Behandlungskonzept mit Schwerpunkt auf eine hochfrequente tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie für alle psychogenen Erkrankungen mit schwerem Verlauf und drohender Dekompensation, die ambulant nicht ausreichend therapierbar sind</p> <p>Individueller Behandlungsplan, der im Verlauf des therapeutischen Prozesses nach Bedarf modifiziert wird.</p>

#### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	sowie Fernsehen
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA42	Seelsorge	
SA00	Sonstiges	Getränkbereitstellung (Mineralwasser)

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Anmerkung	Weitere Serviceangebote sind in Abschnitt A-10 ("Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses") aufgeführt.  Nicht alle aufgeführten Merkmale stehen den Patienten kostenlos zur Verfügung.

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

### Vollstationäre Fallzahl:

199

### Teilstationäre Fallzahl:

93

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

### Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F33	92	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
2	F32	26	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
3	F60	24	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
4	F41	17	Sonstige Angststörung
5	F45	11	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
6	F43	10	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
7	E89	<= 5	Störung des Hormonhaushalts bzw. Stoffwechselstörung nach medizinischen Maßnahmen
7	F34	<= 5	Anhaltende Stimmungs- und Gefühlstörung
7	F40	<= 5	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
7	F42	<= 5	Zwangsstörung

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Hochschulambulanz	Sprechstunde	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Psychiatrische Institutsambulanz	Sprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Sozialpädiatrisches Zentrum	Sprechstunde	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V
.	Erste Hilfe	
.	Vor- und nachstationäre Behandlung	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

**nicht vorhanden**

### **B-[1].11** Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].12** Personelle Ausstattung

#### **B-12.1** Ärzte:

#### **Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

9,6

#### **Kommentar / Ergänzung:**

daneben sind in nichtbettenführenden Abteilungen weitere Ärzte tätig

#### **Davon Fachärzte:**

5

#### **Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

0

#### **Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

### B-12.2 Pflegepersonal:

#### Pflegekräfte insgesamt:

11

#### Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

8

#### Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

0

### B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP05	Ergotherapeuten	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP00	Sonstige	Folgendes therapeutisches Personal steht bei entsprechender Indikation fachabteilungsübergreifend zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Diätassistenten</li> <li>o Physiotherapeuten</li> <li>o Sozialarbeiter/Sozialpädagogen</li> </ul>
SP00	Konzentrierte Bewegungstherapeuten	

# Teil C - Qualitätssicherung

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

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

## **C-2** Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

## **C-3** Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## **C-5** Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## **C-6** Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### Grundsätzlich das Optimum

**Die Trägerschaft:** Träger der DRK Kliniken Berlin ist die DRK-Schwesternschaft Berlin e.V. Diese ist Mitglied im Deutschen Roten Kreuz und gehört damit zur weltweiten Hilfsgemeinschaft des Internationalen Roten Kreuzes sowie des Roten Halbmondes. Diese Zugehörigkeit verpflichtet die Schwesternschaft zu den sieben Rotkreuz-Grundsätzen: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität.

Organisatorisch und wirtschaftlich handelt die Berliner Schwesternschaft dagegen selbstständig und eigenverantwortlich. Für den Betrieb ihrer medizinischen Einrichtungen hat die Schwesternschaft gemeinnützige Krankenhausgesellschaften gegründet, deren alleiniger Gesellschafter sie ist. Die Unternehmen werden mit Hilfe eines modernen Managements geführt: wirtschaftlich, kostenbewusst, innovativ und dynamisch - immer jedoch den genannten humanitären Grundsätzen verpflichtet sowie dem in der Satzung verankerten Status der Gemeinnützigkeit.

**Die Gemeinnützigkeit:** Allgemein wird bei Krankenhausträgern nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern unterschieden. Die Gemeinnützigkeit ergibt sich grundsätzlich aus den Vorgaben der §§ 52 bis 59 der Abgabenordnung: nur wenn ausschließliche und unmittelbare Gemeinwohlförderung, Selbstlosigkeit der Betätigung sowie die Mittelbindung für Satzungszwecke im Gesellschaftsvertrag festgeschrieben sind und peinlichst genau eingehalten (und auch von den Finanzbehörden genauestens überprüft) werden, kann ein Krankenhausträger das Privileg in Anspruch nehmen, gemeinnützig zu sein.

Eine Körperschaft verfolgt nur dann gemeinnützige Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet selbstlos zu fördern. Im Gemeinnützigkeitsbereich wird kein „shareholder value“ bedient, denn erwirtschaftete Gewinne dürfen nicht ausgeschüttet werden. Sie müssen unmittelbar dem gemeinnützigen Zweck wieder zugeführt werden. Da der Zweck unseres Unternehmens im Betrieb und in der Führung von Krankenhäusern und Pflegeheimen liegt, werden erwirtschaftete Überschüsse immer in das Unternehmen reinvestiert. Medizintechnik auf höchstem Niveau, Maßnahmen zur Verbesserung des Patientenkomforts, aber auch kostenintensive Maßnahmen zur Schulung unseres Personals oder Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung können so ermöglicht werden.

Diese satzungsgemäße Verpflichtung ist ein konstituierendes Element unserer offensiven Qualitätspolitik.

**Die Tradition:** Die Idee von kontinuierlicher Verbesserung zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Schwesternschaften vom Roten Kreuz: Ein allgemein anerkanntes historisches Verdienst liegt in ihrem unentwegten Beitrag zur Professionalisierung der Krankenpflege. Bereits 1903 gründeten sie die erste Oberinnen-Schule, in der Leitungsaufgaben systematisch unterrichtet wurden. Bis heute haben sie als berufsständische Organisation durch ihre Mitwirkung in entsprechenden Gremien einen entscheidenden Anteil an der Entwicklung von qualifizierten Berufsbildern im Bereich der Pflege.

Qualitätsorientierung und Qualitätsmanagement, also eine systematische Ausrichtung auf bestmögliche Arbeitsergebnisse, waren für die Schwestern vom Roten Kreuz bereits wichtige Parameter, als diese Begriffe für die Organisation des Gesundheitswesens noch eine weniger zentrale Rolle spielten.

Diese über Generationen tradierte, mentale Ausrichtung wurde den DRK Kliniken Berlin in die Wiege gelegt, als die Berliner Schwesternschaft 1975 die erste der gemeinnützigen Krankenhausgesellschaften gründete, die fortan für das Management ihrer medizinischen Einrichtungen verantwortlich sein sollte.

**Die Einrichtung:** Die DRK Kliniken Berlin gewährleisten an ihren jeweiligen Standorten die regionale Gesundheitsversorgung. Daneben haben einzelne Fachrichtungen bedarfsorientiert Spezialisierungen entwickelt, die weit über den Einzugsbereich des jeweiligen Hauses hinaus Bedeutung erlangt haben. Unser Anspruch ist, neben einer Basisversorgung auf hohem Niveau medizinische Kompetenzzentren mit ausgewiesenen Leistungsprofilen auf- und auszubauen.

**Die Aufgabe:** Allein die Tatsache, dass wir in mehreren Stadtteilen Berlins die medizinische Akut- und Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen, reicht heute nicht mehr zum Nachweis der Existenzberechtigung in der Berliner Krankenhauslandschaft. Kliniken müssen sich zunehmend als Dienstleistungsunternehmen verstehen, die im marktwirtschaftlichen Wettbewerb stehen. Daraus resultiert die existenzielle Notwendigkeit, Leistungen zu erbringen, die im Vergleich zum Wettbewerb mindestens als gleichwertig - besser jedoch: als höherwertig wahrgenommen werden. Wir glauben, dass Qualität als Erfolgsfaktor die Zukunft von Krankenhäusern im Wettbewerb bestimmen wird.

**Der Qualitätsbegriff:** Mit Qualität meinen wir nicht nur die Ergebnisse der medizinisch-pflegerischen Leistungen. Wir verstehen darunter das Ausmaß, in dem wir die Erwartungen und Wünsche unserer verschiedenen Anspruchsgruppen befriedigen. Das sind vorrangig unsere Patienten, aber auch unsere Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte, staatliche Institutionen und Geschäftspartner. Zu erkennen, welche besonderen Bedürfnisse jede dieser Anspruchsgruppen hat und welche Möglichkeiten es gibt, diese in einem ausgewogenen Verhältnis zunehmend besser zu befriedigen, stellt für uns den eigentlichen Inhalt von Qualitätsmanagement dar.

**Das Qualitätsmanagement:** Schon sehr frühzeitig haben wir Mitte der 90er Jahre als wesentliches Ziel der Unternehmens-

führung festgelegt, in allen Teilen des Unternehmens die Voraussetzungen, Bedingungen und Möglichkeiten für kontinuierliche Verbesserungsprozesse zu schaffen.

Hierzu stellen wir einerseits die notwendigen finanziellen und personellen Mittel für qualitätsorientiertes Handeln bereit. Andererseits nutzen wir anerkannte Verfahren, mit denen wir konkrete Veränderungen beschreiben, messen und dokumentieren können. Drittens stellen wir uns externen unabhängigen Überprüfungs- und Zertifizierungsverfahren.

**Die European Foundation for Quality Management (EFQM):** Seit 1999 sind die DRK Kliniken Berlin Mitglied in der European Foundation for Quality Management und nutzen die Methodik des Excellence-Modells: Selbstbewertungen vornehmen, Verbesserungspotenziale erkennen, Veränderungen einführen, nach exzellenten Leistungen streben. Parallel dazu haben wir Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Hieraus resultierten zahlreiche Projekte, in deren Verlauf wir Verbesserungen Schritt für Schritt in die Praxis übernehmen konnten.

**Das Leitbild:** Um einen Maßstab für „Verbesserung“ zu gewinnen, haben wir unter Beteiligung einer großen Zahl von Mitarbeitern ein Leitbild erstellt, das uns eine Orientierung für alle Aspekte von der Aufnahme eines Patienten bis zur Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen gibt. Es entwickelt die Rotkreuz-Grundsätze zeitgemäß und bezogen auf unser Unternehmen fort und formuliert für alle Entscheidungen einen Kompass, der in die Zukunft zeigt. Zugleich geben unsere Leitsätze den Patienten und der Öffentlichkeit Auskunft über die Kultur und die medizinisch-pflegerischen Qualitäten unserer Häuser.

**Die Akkreditierung bei der Joint Commission International (JCI):** Im April 2002 haben die DRK Kliniken Berlin als erste Gesundheitseinrichtung in Berlin und als erster Klinikverbund in Deutschland das begehrte Qualitätszertifikat der Joint Commission International aus den USA erhalten. Die Zertifizierung wurde turnusgemäß 2005 unter erhöhten Anforderungen mit einem besseren Ergebnis erneuert. Es besagt: die Abläufe in unseren Kliniken sind auf eine sichere und patientenorientierte Versorgung ausgerichtet. Unsere Patienten werden hohen internationalen Qualitäts- und Sicherheitsstandards entsprechend behandelt. Unsere Einrichtungen erfüllen die überaus hohen Anforderungen, die in den USA an einen Krankenhausbetrieb gestellt werden.

Bewusst haben wir uns mit der JCI für ein weltweit anerkanntes und anspruchsvolles Verfahren zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern entschieden und streben die im Drei-Jahres-Turnus obligatorische Rezertifizierung an.

**Die Entscheidung:** Wir glauben, dass Wirtschaftlichkeit und Kostenführerschaft (also ein hohes Maß an Effizienz) allein langfristig nicht ausreichen werden, um im Wettbewerb zu bestehen. Wir meinen, dass in einem Vergütungssystem, das für Krankenhausleistungen einheitliche Preise vorsieht, die Qualität der Versorgung zu einem Schlüsselfaktor für Erfolg wird. Deshalb haben wir das Thema Qualität nicht nur in die strategische Ausrichtung der DRK Kliniken Berlin integriert, sondern

ihm einen herausragenden Platz zugewiesen.

**Der Wettbewerb:** Seit 2003 waren die DRK Kliniken Berlin ein Optionshaus für das neue Abrechnungssystem. Seit 2004 setzen wir die Abrechnung nach „Diagnosis Related Groups“ (DRG) auf allen Ebenen um. Die Ergebnisse der einzelnen Abteilungen wurden regelmäßig mit den jeweiligen Verantwortlichen diskutiert, um die Erlösentwicklung transparent zu machen und um bei unerwünschten Entwicklungen rechtzeitig regelnd eingreifen zu können. Eine patientengerechte Betreuung und die Einhaltung unserer selbstgesteckten Qualitätsziele wurden davon nicht berührt.

**Der Erfolg:** Mit einem professionellen Management konnten die DRK Kliniken Berlin trotz zahlreicher Herausforderungen im Gesundheitsbereich kontinuierlich wachsen. Die Leistungen, der Umsatz und die Mitarbeiterzahlen sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Zurzeit erwirtschaften die DRK Kliniken Berlin mit ihren rund 3.000 Arbeits- und Ausbildungsplätzen einen Jahresumsatz von ca. 200 Mio. EUR.

Unsere Bereitschaft, sich früh absehbaren Herausforderungen zu stellen und innovative Lösungen und Modelle umzusetzen, war die Basis für diesen Erfolg.

## **D-2 Qualitätsziele**

Oberstes strategisches Qualitätsziel ist es, den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu organisieren.

Um dieses zu erreichen, befolgen wir einerseits festgelegte Qualitätsstandards, wie sie durch unsere Zertifizierung vorgegeben werden, aber auch wie sie in den Vorgaben für die Zertifizierung von Fachzentren beschrieben sind. Gleichzeitig entwickelt das Unternehmen die Qualitätskultur fort.

Entsprechend der Aussagen des Leitbildes kontrollieren wir, neben der externen Überprüfung alle drei Jahre, fortlaufend die Versorgungsqualität in unseren Kliniken. Dazu besuchen die Mitarbeiter des Qualitätsmanagement alle Bereiche, in denen Patienten behandelt werden und überprüfen die Einhaltung der von uns selbst formulierten Behandlungsstandards. Eventuelle Abweichungen und auftretende Defizite werden mit den Abteilungsleitern kollegial besprochen und ein Zeitplan für die Korrektur wird vereinbart.

Es besteht ein System, Krankenakten durch die bettenführenden Abteilungen in einer definierten Stichprobe auf Vollständigkeit und Angemessenheit der Dokumentation zu überprüfen. Diese Überprüfung ergibt gleichzeitig Informationen über die Qualität der Patientenbetreuung.

Dieses System sichert, dass alle an der Patientenbehandlung beteiligten Mitarbeiter Informationen über die Qualität ihrer Arbeit erhalten und sich so an der kontinuierlichen Verbesserung beteiligen können.

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

#### **Erfolg hat klare Strukturen**

Für das Qualitätsmanagement in den DRK Kliniken Berlin ist die Geschäftsführung verantwortlich, der Ärztliche Direktor ist der „Qualitätsbeauftragte“ des Unternehmens.

**Die Qualitätskommission:** Seit 2003 existiert eine Qualitätskommission, die mit derzeit 23 Mitgliedern das höchste Gremium in der internen Qualitätsmanagementstruktur darstellt. Sie berät und unterstützt die Geschäftsführung in allen qualitätsrelevanten Fragen, sorgt für den reibungslosen Informationstransfer und unterstützt einzelne Kliniken bei der Umsetzung von Projekten der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Der Qualitätskommission gehören die folgenden Mitglieder an:

- der Qualitätsbeauftragte
- die Klinikleitungen und die Leitung des Krankenhauses
- die Hauptabteilungsleiter der Verwaltung
- die Betriebsräte
- der Qualitätsausschuss
- die Qualitätskoordination

**Der Qualitätsausschuss:** Die Mitglieder des Qualitätsausschusses diskutieren Grundsatzfragen der Qualitätsentwicklung. Als beratendes Gremium bereitet der Ausschuss strategische Entscheidungen der Geschäftsführung vor. Drei Mitarbeiter aus Pflegemanagement, Unternehmensbereichsleitung und Qualitätsmanagement gehören diesem Ausschuss an.

**Das Qualitätsmanagement:** In enger Kooperation mit dem Prozess- und dem Pflegemanagement arbeiten zwei Ärzte und drei Pflegekräfte in unserem Qualitätsmanagement. Ihr Leiter ist der Qualitätsmanager unseres Unternehmens. Die Arbeitsgruppe organisiert und koordiniert die unternehmensweiten Qualitätsinitiativen und bereitet die Rezertifizierungen durch die JCI vor.

**Der Qualitätsbeauftragte:** Wir sind der Auffassung, dass Qualitätsmanagement auf allen Unternehmensebenen integraler Bestandteil der jeweiligen Führungsaufgaben ist. Die Geschäftsführung des Unternehmensverbundes hat dabei eine Vorbildfunktion. Der Ärztliche Direktor ist deshalb zugleich der Qualitätsbeauftragte der DRK Kliniken Berlin.

**Der Aufsichtsrat:** Der Aufsichtsrat diskutiert regelmäßig Fragen der Qualitätsentwicklung, stimmt Vorschlägen zur Verbesserung und Weiterentwicklung zu und gibt erforderliche Mittel frei.

**Die Geschäftsführung:** Die Geschäftsführung bereitet die Entscheidungen des Aufsichtsrates vor und verantwortet letztlich die operative Umsetzung. Alle Maßnahmen im Qualitätsmanagement, die sich unternehmensweit auswirken, bedürfen der Zustimmung und Freigabe der Geschäftsführung. Das gilt auch für diejenigen Verfahren, welche die JCI-Zertifizierung verlangt.

**Die Klinikleitungen:** Die administrativen und tagespolitischen Entscheidungen treffen unsere Krankenhausleitungen dezentral in Abstimmung mit der Geschäftsführung. In regelmäßigen Quartalsbesprechungen vereinbaren wir mit den Leitungsgremien gemeinsame Qualitäts- und Unternehmensziele.

**Das Pflegemanagement:** Das zentrale Pflegemanagement der DRK Kliniken wird geleitet von der DRK-Schwesternschaft Berlin. Sie organisiert und kontrolliert die Pflegequalität und entwickelt sie in Abstimmung mit der Geschäftsführung weiter.

**Das Prozessmanagement:** Die DRK Kliniken Berlin haben frühzeitig erkannt, dass komplexe Arbeitsabläufe nur dann sinnvoll gestaltet werden können, wenn sie über Bereichs- und Abteilungsgrenzen hinaus koordiniert ablaufen. Systematisch wurde mit Hilfe einer entsprechenden Software im Jahr 2002 begonnen, administrative und klinische Prozesse berufsgruppenübergreifend darzustellen und zu optimieren. Parallel dazu wurden auch erste Erfahrungen mit der Darstellung klinischer Pfade (qualitätsorientierte Behandlungsprogramme (qBp®)) gemacht. Diese qBps wurden primär unter den Fachkliniken abgestimmt und so entwickelt, dass z. B. die Patienten der Gefäßzentren (an unterschiedlichen Standorten) nach den gleichen Kriterien behandelt werden. Die Erfahrungen sind durchweg positiv. Die Patienten bekommen weniger invasive Untersuchungen und durchlaufen den diagnostischen und therapeutischen Prozess schneller als früher. Zurzeit sind über 200 Verfahren einzeln oder im Rahmen einer Prozesslandkarte im Intranet dargestellt und können von allen Mitarbeitern eingesehen werden.

**Die Mitarbeiter-Qualifikation:** Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter in ihren jeweiligen Arbeitsgebieten ist ohne Frage eine der wesentlichen Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Ergebnisse. Für die erfolgreiche Entwicklung von Qualitätsmanagement in einem Unternehmen ist es jedoch zusätzlich erforderlich, dass die Theorie und Praxis des Qualitätsmanagements in möglichst vielen Bereichen verstanden und angewendet werden. Dies gilt ebenso für die zugrunde liegenden Konzepte und Methoden. Schon frühzeitig wurden daher Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen

und Abteilungen der DRK Kliniken Berlin durch Qualifikationsmaßnahmen im Qualitätsmanagement ausgebildet. (Auch der für den Bereich Qualitätsmanagement verantwortliche Geschäftsführer hat den Kurs Qualitätsmanagement nach den Richtlinien der Bundesärztekammer mit einem Umfang von 200 Stunden und die Ausbildung zum EFQM-Assessor absolviert.)

Es konnten 90 weitere MitarbeiterInnen ausgewiesene Qualifikationen mit entsprechenden Abschlüssen erwerben.

**Die Kommunikation:** Ein weiteres unverzichtbares Standbein des Qualitätsmanagements ist die Information. Untersuchungen belegen, dass der Mangel an Information und Schwächen in der Kommunikation wesentliche Faktoren für Unzufriedenheit im Arbeitsalltag darstellen. Auch in unseren Einrichtungen konnten derartige Befunde erhoben werden. Unzufriedenheit und Motivationslosigkeit aber sind die größten Feinde einer Unternehmensführung, die auf das Engagement aller Beteiligten setzt. Mit dem ausdrücklichen Ziel, von unseren Mitarbeitern empfundene Defizite zu beheben, haben wir Instrumente und Medien geschaffen, die den Informationsfluß und die interne Kommunikation verbessern: Eine Mitarbeiterzeitung sowie ein unternehmensweites Intranet ergänzen sich gegenseitig.

**Der Dialog:** Transparenz und Klarheit darüber, welche Leistungen mit welchem Selbstverständnis von uns erwartet werden können, halten wir für das wesentliche Merkmal unserer Informationspolitik gegenüber der interessierten Öffentlichkeit - und auch für einen Qualitätsaspekt.

Neben einer umfangreichen Darstellung auf unserer Homepage veröffentlichen wir jährliche Geschäftsberichte. Die Fachabteilungen stellen sich in Informationsbroschüren und -veranstaltungen vor. Wo immer dies möglich ist, suchen wir den Dialog und den Austausch mit den verschiedenen Anspruchsgruppen unseres Unternehmens.

**Das Fehler-Management:** Seriöse Studien zeigen, dass entgegen dem Mythos der Unfehlbarkeit, der die moderne Medizin begleitet, Fehler und unerwünschte Ereignisse bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung weit häufiger auftreten, als man das erwarten würde. Wir meinen, dass Kliniken sich mit diesem heiklen Thema offen auseinandersetzen müssen und haben in den letzten Jahren in den DRK Kliniken Berlin ein Fehler-Management-System installiert. Es umfasst vier Module. Dazu gehört ein System, das aufgetretene Fehler systematisch analysiert (mit Hilfe der Root Cause Analysis), ein Meldesystem für Abweichungen von geplanten Abläufen, das ProzessOptimierungsProtokoll POP, ein Melde- und Erkennungssystem für Fehler im Umgang mit Arzneimitteln und - viertens - ein Beschwerde-Management, das auf Kritik und Anregungen von Patienten und Besuchern reagiert.

**Die Beschwerde:** Alle Patienten erhalten in unseren Kliniken eine Informationsbroschüre, die sie auf ihre Rechte und Pflichten hinweist. Auf einem Formblatt, daß der Broschüre beiliegt, können unsere Gäste Anregungen oder Kritik mitteilen. Sie können dies auch telefonisch, persönlich oder per E-Mail tun. Wir erfassen jedes Lob, jede Anregung und jede Beschwerde, werten die Inhalte aus und nehmen dazu Stellung. Ergeben sich Hinweise auf Schwachstellen in der Patienten-

betreuung oder auf reale Verbesserungsmöglichkeiten, setzen wir die entsprechenden Maßnahmen möglichst schnell um. Darüber hinaus gibt es in allen drei Kliniken Patientenfürsprecher, deren Arbeit von den Klinikleitungen aktiv unterstützt wird.

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

### **Hervorragende Ergebnisse**

**Joint Commission International:** Im Rahmen unserer Akkreditierung bei der Joint Commission International im Jahr 2002 haben drei „Surveyer“ (Inspektoren) aus den USA fünf Tage lang unsere Kliniken auf die Einhaltung der Standards und der selbst formulierten Verfahren hin überprüft. Welche Bereiche geprüft wurden, gaben die Inspektoren erst vor Ort bekannt. Wäre auch nur einer der für „obligatorisch“ erklärten Standards nicht eingehalten worden, hätte die Akkreditierung nicht erfolgen können.

**Die Standards:** Die JCI beschreibt die Merkmale einer optimalen Patientenversorgung in 355 komplexen Standards, die alle erdenklichen Bereiche und Abläufe eines Krankenhauses betreffen. Für jeden Standard sind messbare Elemente definiert, mit deren Hilfe die Einhaltung überprüft wird.

**Die Verfahren:** Um den Standards entsprechende Abläufe zu gewährleisten, haben die DRK Kliniken Berlin insgesamt 73 „Verfahren“ definiert, nach denen die Patientenversorgung organisiert wird. Diese Verfahren haben den Charakter von Dienstweisungen. Ihr vorrangiges Ziel ist, die Versorgung unserer Patienten systematisch, einheitlich und abweichungsfrei zu organisieren.

Ihr Fokus liegt - in Übereinstimmung mit der Grundauffassung der Joint Commission International - auf der höchstmöglichen Sicherheit der Patienten und ihrer umfassenden Einbeziehung in alle sie betreffenden Entscheidungsprozesse.

**Inspektionen 2006:** Mitarbeiter unserer Qualitätskoordination führten im Rahmen der Vorbereitungen für die Rezertifizierung 2008 ab September 2006 in allen Unternehmensbereichen interne Inspektionen durch. Auf einigen Gebieten ergab sich Verbesserungsbedarf, so zum Beispiel bei der Nutzung der einheitlichen Untersuchungs- und Anamnesebögen. Aus der Ergebnisanalyse wurde eine Reihe von Projekten initiiert und umgesetzt.

Gleichzeitig boten die Überprüfungen viele Gelegenheiten, mit Mitarbeitern in einem intensiven Dialog Sinn und Zweck der JCI-Verfahren zu erörtern. Dies hat zu einem deutlich verbesserten Verständnis der Zertifizierungsanstrengungen geführt.

**Mitarbeiterbefragung:** 2004 wurde die zweite Befragung unter unseren Beschäftigten durchgeführt, um den Erfolg unserer

mitarbeiterorientierten Maßnahmen zu überprüfen. Hiermit wurde die Forschungsgruppe Metrik beauftragt, um auch einen Vergleich mit externen Daten zu ermöglichen. Ergebnis: Die Mitarbeiterzufriedenheit ist gestiegen, verbesserungsfähig bleibt aber die Beteiligung an den Befragungen. Wir nutzen weiterhin die zur Verfügung stehenden Medien, um mit den Mitarbeitern intensiv über unsere Qualitätspolitik zu kommunizieren: So finden sie im Intranet vom Leitbild über die Strategiepapiere alle relevanten Dokumente, die für die JCI-Zertifizierung von Bedeutung sind.

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

### **Beispielhafte Qualitäten**

Beispielhaft werden hier Projekte beschrieben, die standortübergreifend in den DRK Kliniken begonnen oder intensiviert fortgeführt wurden.

#### **Neuordnung der Verteilung von Medikamenten durch die Pflegekräfte**

Hintergrund: In der Analyse des eigenen Meldesystems zu Medikationsfehlern zeigte sich, dass die Verteilung der Medikamente an die Patienten gelegentlich fehlerhaft ist. Die verschiedenen Gründe für diese Fehler wurden analysiert und der Modus der Verteilung der Medikamente durch die Pflegekräfte wurde verändert.

Ausmaß des Problems: Auch wenn der Fehler „Falsche Ausgabe des Medikaments“ der häufigste gemeldete Fehler ist, lässt sich die Zahl der Fehler nur schwer abschätzen. Die Häufigkeit der Meldung rührt unter anderem daher, dass dieser Prozessschritt der häufigste im Medikationsprozess ist. Freiwillige Meldesysteme können in diesem Zusammenhang nur qualitative Anhalte geben.

Zielformulierung: Durch das veränderte Verteilungssystem soll eine erhöhte Sicherheit bei der Verteilung der Medikamente erreicht werden.

Maßnahmen: Im Gegensatz zu der gängigen Praxis, bei der die Pflegekräfte die Medikamente im Stationszimmer stellen und dabei die Medikamente aus der Originalverpackung entnehmen, werden im neuen Verfahren die Medikamente zur Verteilung in der Originalverpackung in die Patientenzimmer genommen. Ein wesentlicher Vorteil dieses Verfahrens ist, dass die Patienten selbst aktiv in die Verteilung und Einnahme der für sie vorgesehenen Medikamente mit einbezogen werden können.

Evaluation: Eine Pilotphase hat gezeigt, dass dieses Verfahren entgegen der Befürchtungen der Pflegekräfte nicht

aufwendiger ist, sondern im Gegenteil nach einer Eingewöhnung eher Zeit eingespart werden kann. Eine quantifizierbare Messung, ob das Hauptziel erreicht wird - weniger Fehler bei der Verteilung von Medikamenten - ist kaum möglich. Qualitative Einschätzungen durch die Pflegekräfte lassen aber den Schluss zu, dass dieses Verfahren einen Zuwachs an Sicherheit für die Patienten bringen wird.

### **Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V:**

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) hat für 31 verschiedene Operationen und Eingriffe Qualitätsindikatoren entwickelt.

Ziel war der Einsatz der Qualitätsindikatoren für das interne Qualitätsmanagement, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Qualität zu messen und mit anderen Krankenhäusern zu vergleichen. Außerdem können die Daten genutzt werden, um die eigene Qualität darzustellen.

Die DRK Kliniken Berlin haben alle gesetzlichen Vorgaben der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfüllt. Die hierbei gewonnenen Daten nutzen wir gezielt für weitere Qualitätsverbesserungsprojekte. Aus den Datensätzen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung leiten wir neue Parameter ab, die andere Prozesse optimieren, so wie es die Vorgaben der JCI von uns verlangen. Einige der beteiligten Abteilungen haben aus den BQS-Datensätzen eigene Ziele zur Qualitätssicherung abgeleitet. Hier drei Beispiele von vielen:

**Beispiel Chirurgie:** Eine der Operationen, für die Daten an die BQS gemeldet werden müssen, ist die Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie). Die Qualität dieser Operation kann als Indikator für die Qualität der Chirurgie insgesamt genutzt werden (Tracer Diagnose). Unter anderem werden Infektionsrate und Umsteigerrate von laparoskopischer auf offene Operation von den chirurgischen Abteilungen zeitnah selbst ausgewertet und abteilungsübergreifend und mit den eigenen Zielen verglichen.

**Beispiel Hüftprothetik:** Im Datensatz der BQS zum Thema Hüftprothetik wird die Verfassung der Patienten bei der Entlassung aus der Klinik abgefragt: Patient kann laufen - kann sich alleine versorgen - kann Treppen steigen. Man geht davon aus, dass die Auswertung der Gesamtdaten einen Rückschluss auf die Gesamtqualität der Versorgung in der untersuchten unfallchirurgischen und orthopädischen Abteilung gestattet. Wir nutzen sie, um die Qualität unserer Leistungen zu vergleichen und zu verbessern.

**Beispiel Geburtshilfe:** Auch in der Geburtshilfe lassen sich die möglichen Komplikationen zählen und messen. Die Datensätze über die Rate der Dambrisse und die Zahl der Neugeborenen mit einem Nabelschnur-pH-Wert unter 7,1 geben uns wichtige Hinweise, wie die Prozesse des mütterlichen und des kindlichen Teils bei der Geburt zu beurteilen und zu optimieren sind.

## **Modellhafte Verbesserungen**

Die DRK Kliniken Berlin haben im Rahmen ihres Qualitätsmanagements im Jahr 2006 eine große Zahl von Projekten durchgeführt. Die meisten von ihnen sind aus der Entwicklung von Verfahren zur Umsetzung von JCI-Standards abzuleiten. Unsere Beschäftigung mit der JCI wirkt wie ein „Verbesserungsmotor“.

Im Folgenden stellen wir eine Auswahl vor:

**Schmerzfreies Krankenhaus:** Für das Qualitätsprojekt „Schmerzmanagement“ der DRK Kliniken Berlin hat im Jahr 2004 die zweite Projektphase begonnen.

Nach der Implementierung eines klinikverbundweiten Schmerztherapiemanagements nach den Vorgaben der Joint Commission International wurden in der Folge fachspezifische Schmerztherapiestandards erarbeitet und implementiert, die postoperativen Anordnungen der Anästhesisten sind verbindlich und die patientenkontrollierte Schmerztherapie in den Mittelpunkt gerückt.

Wir haben damit eine qualifizierte und kontinuierliche Schmerztherapie etabliert, die sich an die individuellen Bedürfnissen des Patienten anpasst.

Stellvertretend für die anderen Häuser beteiligen sich die DRK Kliniken Berlin | Westend seit 2004 am bundesweiten Forschungsprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“, das von den Professoren Dr. Christoph Maier (Ruhr-Universität Bochum) und Dr. Jürgen Osterbrink (Universität Witten-Herdecke) durchgeführt wird. Im Rahmen dieses Projektes ist das Schmerzmanagement an den DRK Kliniken Berlin von einer externen Expertengruppe evaluiert und in Folge der intensiven Auseinandersetzung zügig weiter entwickelt worden. Die getroffenen Verbesserungsmaßnahmen wurden Ende des Jahres 2006 erneut überprüft und bewertet und die Ergebnisse in den Kliniken diskutiert.

**Einheitliche Untersuchungs- und Anamnesebögen:** Die JCI verlangt, dass wir bei allen Patienten die Befunde, Probleme und Bedürfnisse bei der Aufnahme systematisch und vollständig erfassen. Nur ein einheitliches Verfahren kann dies garantieren. Hausübergreifend haben wir im Jahr 2004 deshalb für alle Fachabteilungen einheitliche Untersuchungs- und Anamnesebögen erstellt. Mit Hilfe dieser Bögen wird eindeutig definiert, welche anamnestischen Angaben von allen Patienten erhoben werden müssen und welche körperlichen Untersuchungsbefunde immer dokumentiert werden müssen. Wir erhalten damit nicht nur einen Gradmesser für die Vollständigkeit unserer Aufnahmedokumente, sondern auch alle notwendigen Informationen für eine optimale Behandlung und berücksichtigen zugleich die speziellen Wünsche und Bedürfnisse unserer Patienten. Diese Bögen waren 2006 Grundlage interner Audits, bei denen die Vollständigkeit von Anamnese und Befund überprüft wurde. Es zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse zu den 2005 erhobenen Befunden.

**Vollständige Krankenakten:** Seit dem Ende des Jahres 2003 bereits erfassen wir die Vollständigkeit aller archivierten Krankenakten. Durch eine systematische Schulung und den Einsatz von Stationsassistentinnen ist es uns gelungen, in

vielen Abteilungen eine fast hundertprozentige Vollständigkeit aller Daten zu erzielen. Alle beteiligten Berufsgruppen - Ärzte, Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sozialarbeiter etc. - prüfen eigenverantwortlich die Vollständigkeit aller Unterlagen.

**Das Risiko-Management:** Neben dem gesetzlich geforderten Risikomanagement haben wir 2004 ein klinisches Risiko-Management-System aufgebaut, das Risiken aufspürt, bevor sie zu Fehlern führen.

Ein interdisziplinär besetztes Patientensicherheits-Komitee widmet sich der Aufgabe, in allen Bereichen unserer Einrichtungen Gegebenheiten aufzuspüren, von denen unter Umständen eine Gefahr ausgehen könnte. Dies bezieht sich sowohl auf baulich bedenkliche Zustände (die klassische Unfallgefahr) als auch auf mögliche Risiken in der Behandlungsumgebung oder im Behandlungsablauf. Unerwünschte Ereignisse wollen wir mit diesem prophylaktischen Instrument zunehmend verhindern, bevor sie auftreten.

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

**Zertifizierung der Brustzentren Köpenick und Westend:** Das Brustzentrum Köpenick wurde im Juli 2004 und das Brustzentrum Westend im Mai 2006 mit dem Qualitätssiegel der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie ausgezeichnet.

Um die Versorgung von Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt sind, zu optimieren, wurden Standards für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen festgelegt. Definierte Fallzahlen, der Einsatz aktueller Therapien und operative Fertigkeiten werden zum Nachweis von Kompetenz und Erfahrung verlangt. Im Prüfverfahren hatten die Brustzentren zu belegen, dass sie die Qualitätskriterien der DKG uneingeschränkt und dauerhaft erfüllen - sowohl in therapeutischer als auch in apparativer und personeller Hinsicht.

Darüber hinaus gehören die Brustzentren Köpenick und Westend zu den anerkannten Behandlungszentren im Rahmen des Disease-Management-Programms Brustkrebs (DMP), das 2003 von der Bundesregierung ins Leben gerufen wurde. Ziel des DMP Brustkrebs ist die qualitätsgesicherte strukturierte und transparente Therapie und Nachsorge. Dazu werden strenge Vorgaben an die behandelnden Brustzentren gestellt, die neben anderen Punkten auch eine jährliche Mindestanzahl an Operationen bei Frauen vorsehen, die neu an Brustkrebs erkrankt sind (150 pro Jahr).

**Zertifizierung der Gefäßzentren Berlin-Mitte und Berlin Köpenick:** An beiden Standorten haben sich die dortige Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie gemeinsam mit dem Angiologischen Zentrum und dem Institut für Interventionelle und Diagnostische Radiologie dem Zertifizierungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) gestellt. Seit Mai 2004 dürfen sie in Mark Brandenburg und seit Dezember 2006 in Köpenick die Bezeichnung Anerkanntes

Gefäßzentrum führen.

Im Zertifizierungsverfahren hatten die Kliniken nachzuweisen, dass sie die Qualitätsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) uneingeschränkt und dauerhaft erfüllen - sowohl in therapeutischer als auch in apparativer und personeller Hinsicht. Für bestimmte Therapien und Operationen sind Mindestfallzahlen zum Nachweis von Kompetenz und Erfahrung erforderlich. Ziel ist die nachhaltige Sicherstellung einer definierten Versorgungsqualität. Die Zertifizierung gilt zunächst für drei Jahre, 2007 beziehungsweise 2009 stehen die Gefäßzentren erneut auf dem Prüfstand.

Für die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie ist die Einhaltung überprüfbarer Qualitätsstandards unter anderem deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Gefäßmedizin vor wachsenden Herausforderungen steht: Eine steigende Lebenserwartung und der Vormarsch bestimmter Stoffwechselkrankheiten sorgen seit einigen Jahren für überproportionale Steigerungsraten im Bereich der Gefäßerkrankungen. Bereits heute versorgen die DRK Kliniken Berlin in der Drontheimer Straße und in Köpenick ambulant und stationär jährlich ca. 10.000 Gefäßkranke behandelt - von Kopf bis Fuß:

bei Veränderungen der Hirnarterien, die zum Schlaganfall führen können, ebenso wie

beim „diabetischen Fuß“, bei dem durch verschlossene Kapillargefäße Gewebe abzusterben droht.

Krankhafte Erweiterungen der Schlagadern (Aneurysmen), Krampfadern und Venenthrombosen zählen ebenso zum Behandlungsspektrum wie seltene entzündliche Erkrankungen und Fehlbildungen, so genannte Malformationen.

Von der Einrichtung zertifizierter medizinischer Zentren erhoffen sich die Verantwortlichen neben einer Verbesserung der medizinischen Versorgung auch einen Beitrag zur Kostenreduzierung. Es wird eine effizientere Diagnostik erwartet, die beispielsweise Doppeluntersuchungen und unnötige Wege für Patienten vermeiden hilft. Die Bündelung von Spezialwissen in Behandlungsteams soll die Therapiesicherheit erhöhen und - last not least - ist es erklärte Absicht, mit Zertifizierungen für mehr Transparenz im Gesundheitswesen zu sorgen.

**Zertifizierung des Zentrums für Schlafmedizin:** Das Zentrum für Schlafmedizin wurde 2006 durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin erneut zertifiziert. Dabei wird sowohl die Strukturqualität (Ausbildung der Leitung und der Mitarbeiter und apparative Voraussetzungen) als auch die Prozess- und Ergebnisqualität durch externe Fachleute beurteilt.

**Medizinische Klinik II der DRK Kliniken Berlin | Westend, Kardiologie**

**und Medizinische Klinik I der DRK Kliniken Berlin | Köpenick, Kardiologie:** Seit 1999 beteiligen sich die Kardiologischen Abteilungen der DRK Kliniken Berlin | Westend und Köpenick am Berliner Herzinfarktregister, in dem 24 weitere Berliner Kliniken vertreten sind. In diesem Register werden Daten strukturiert gesammelt und aufbereitet. Die Kliniken werten medizinische Prozess- und Ergebnisdaten aus und können sich so mit dem Durchschnittswert der gesamten Gruppe

vergleichen. Ziel ist, die Qualität der Versorgung von Herzinfarktpatienten zu verbessern.

Zusätzlich wurden sämtliche Daten aus dem Herzkatheterlabor im Programm Qualitätssicherung Linksherzkatheter der Arbeitsgemeinschaft Leitender KrankenhausKardiologen (ALKK) registriert und ausgewertet. Eine Analyse für das Jahr 2006 liegt noch nicht vor.