



DRK Kliniken Berlin

Wiegmann-Klinik

Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für das Krankenhaus DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

Version 1.0

30. August 2005

Herausgeber:

Dritte Gemeinnützige Krankenhaus GmbH
Schwesternschaft Berlin

Brabanter Str. 18 – 20

10713 Berlin

I. Präambel

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.

Inhaltsverzeichnis

I.	Präambel	3
	Inhaltsverzeichnis	4
	Basisteil	6
A	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1.1	Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	6
A-1.2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-1.3	Name des Krankenhausträgers	6
A-1.4	Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	6
A-1.5	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	6
A-1.6	Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	6
A-1.7 A	Fachabteilungen (absolute Fallzahl)	7
A-1.7 B	Mindestens Top 30 DRG	7
A-1.8	Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	7
A-1.9	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
A-2.0	Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	8
A-2.1	Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1	Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2	Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1.1	Name der Fachabteilung: 3100 Psychosomatik und Psychotherapie	10
B-1.2.1	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	10
B-1.3.1	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	10
B-1.4.1	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	11
B-1.5.1	Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr	12

B-1.6.1	Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	12
B-1.7.1	Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	12
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	13
B-2.2	Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen	13
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	13
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	14
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	14
C	Qualitätssicherung	15
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	15
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	15
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	15
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	15
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	16
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	16
Systemteil		17
D	Qualitätspolitik	17
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	24
E-2	Qualitätsbewertung	29
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	30
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	31
G	Weitergehende Informationen	33

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Spandauer Damm 130

PLZ und Ort: 14050 Berlin

Postfach:

Postfach-PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse: email@drk-kliniken-wiegmann.de

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

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 261100387

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Dritte Gemeinnützige Krankenhaus GmbH
Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Berlin

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: (Nein) (bitte auswählen: Ja/Nein)

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 50

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 220

A-1.7 A *Fachabteilungen (absolute Fallzahl)*

wi

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie	50	220	HA	Ja

A-1.7 B *Mindestens Top 30 DRG*

entfällt

A-1.8 *Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote*

Die DRK-Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik verfolgt ein multimodales Behandlungskonzept mit Schwerpunkt auf eine Einzeltherapie für alle psychogenen Erkrankungen mit schwerem Verlauf und drohender Dekompensation, die ambulant nicht ausreichend therapierbar sind. Sie wurde bis 2005 mit 50 vollstationären Betten betrieben. Seit 2005 ist ihr Behandlungsspektrum um den Bereich der teilstationäre Behandlungen erweitert. Somit werden 40 vollstationäre Betten und 10 teilstationäre Plätze betrieben.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? (Nein) (bitte auswählen: Ja / Nein)

Allgemeine nicht medizinische Leistungen des Krankenhauses

Das Krankenhaus hält u.a. vor:

Zimmerausstattung

- Ein-, Zwei- und Mehrbettzimmer
- separate Nasszelle mit Toilette und Dusche
- Telefon auf Wunsch
- Fernsehen mit krankenhauseigenem Informationskanal

Gelände

- einen weitläufigen Park mit historischem Pfad
- Parkplätze

allgemeines Leistungsangebot für Patienten und Besucher

- Cafeteria, Aufenthaltsräume auf Stationen
- Kiosk
- Bibliothek
- religiöse Einrichtungen
- Patientenfürsprecher

Wahlleistungen

Es werden medizinische und nicht medizinische Leistungen als Wahlleistungen angeboten.

A-1.9 ***Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

- Prästationäre Behandlung
- Poststationäre Behandlung

A-2.0 ***Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?***

nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

entfällt

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	X	
Dialyse		X
Logopädie		X
Ergotherapie	X	
Schmerztherapie		X
Eigenblutspende		X
Gruppenpsychotherapie	X	
Einzelpsychotherapie	X	
Psychoedukation	X	
Thrombolyse		X
Bestrahlung		X

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1.1 Name der Fachabteilung: 3100 Psychosomatik und Psychotherapie

Psychosomatik und Psychotherapie

B-1.2.1 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Voll- und teilstationäre Behandlungen, ab Mitte 2005 mit 40 Betten und 10 teilstationären Plätzen
- 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.
- Individueller Behandlungsplan, der im Verlauf des therapeutischen Prozesses nach Bedarf modifiziert wird.

B-1.3.1 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Behandlung von Patienten mit

- rezidivierenden depressiven Episoden bei denen die ambulante Therapie einschließlich pharmakologischer Behandlung nicht erfolgreich war
- mit Persönlichkeitsstörungen
- mit prothahierten Adoleszenzkrise,

B-1.4.1 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Einzel-Psychotherapie
- Gruppen-Psychotherapie
- Gestaltungstherapie Klinische Kunsttherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Autogenes Training und Muskelentspannung
- Physiotherapie
- Übungsausgänge (Expositionstraining)
- Pharmakotherapie

B-1.5.1 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

entfällt

B-1.6.1 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

wi

Rang	ICD 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	73
2	F32	Phasisch verlaufende depressive Erkrankung	33
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	26
4	F41	Andere Angststörungen	22
5	F40	Phobische Störungen	15
6	F45	Seelische Erkrankung, die sich in körperlichen Beschwerden niederschlägt	12
7	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9
8	F50	Eßstörungen	9
9	F34	Anhaltende affektive Störungen	6
10	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	3

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7.1 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

entfällt

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

entfällt

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

entfällt

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Erste Hilfe Leistungen	0 (Fälle)
Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0 (Fälle)
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0 (Fälle)
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0 (Fälle)

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	11	7	4

wi

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis

1

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflegehelfer/-in (1 Jahr)
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	13	62%	0%	38%
	Gesamt	13	62%	0%	38%

Hier ist die Anzahl aller Pflegekräfte des Hauses (Kopfzahl) mit abgeschlossener Krankenpflegeausbildung ausgewiesen

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

entfällt

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

entfällt

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart:
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

entfällt

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

entfällt

C-5.1 *Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V*

entfällt

C-5.2 *Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V*

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

entfällt

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

entfällt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

entfällt

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Vorbemerkung

Wir organisieren unser Qualitätsmanagement zentral für alle Häuser der DRK Kliniken Berlin. Es gilt eine gemeinsame Qualitätspolitik mit einheitlichen Strukturen. Die folgenden Abschnitte in den Qualitätsberichten unserer Einrichtungen unterscheiden sich deshalb lediglich dort, wo standort-spezifische Besonderheiten angesprochen werden.

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.¹

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

¹ Zu einer zeitgemäßen Interpretation der Grundsätze des Roten Kreuzes siehe *Berufsethische Grundsätze*, hrsg. vom Verband der Schwesternschaften, erhältlich bei DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Mozartstr. 37, 12247 Berlin

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.²: 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.³

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 spielte.

² Schwesternschaften sind eine deutsche Besonderheit, die sich in anderen Ländern nicht herausgebildet hat. Mitte des 19. Jh. als unabhängige Hilfsorganisationen, die sich überkonfessionell und unparteiisch an den Grundwerten der Rotkreuz-Bewegung orientierten, gegründet, haben die DRK-Schwernschaften heute rund 20.000 Mitglieder – Frauen, die in der Pflege professionell tätig sind, in Krankenhäusern, Kinderkliniken, Sozialstationen, Alten- und Pflegeheimen etc.

³ Die Berliner Schwesternschaft ist Träger eines eigenen, staatlich anerkannten Bildungszentrums für Pflegeberufe mit 300 Ausbildungsplätzen. Die Ausbildung soll die SchülerInnen befähigen, als kompetente Persönlichkeiten professionell zu pflegen – mit dem Blick für den ganzen Menschen. Mit einer überdurchschnittlich guten Ausbildung sowie kontinuierlicher Weiterqualifizierung wollen wir in unseren Einrichtungen auch in Zukunft höchste Professionalität gewährleisten.

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, Krankenkassen, 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 90-er Jahre als wesentliches Ziel der

Unternehmensführung 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 Mitarbeiter-befragungen 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.⁴ Es entwickelt die Rotkreuz-Grundsätze zeitgemäß und bezogen auf unser Unternehmen fort und formuliert für alle Entscheidungen einen Wegweiser, 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. Es besagt: die Abläufe in unseren Kliniken sind auf eine sichere und patientenorientierte Versorgung ausgerichtet. Unsere Patienten

⁴ Unser Leitbild finden Sie im Internet unter <http://www.drk-kliniken-blm.de/intro/publikationen.htm>

werden hohen internationalen Qualitäts- und Sicherheitsstandards entsprechend behandelt. Unsere Einrichtungen erfüllen die überaus hohen Anforderungen, die die in den USA beheimatete Organisation an einen Krankenhausbetrieb stellt.⁵

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 für 2005 vorgeschriebene Rezertifizierung konnte zwischenzeitlich erfolgreich abgeschlossen werden.)
(siehe auch Abschnitt E 2: » **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL**)

DIE ENTSCHEIDUNG: Wir glauben, dass Wirtschaftlichkeit und Kostenführerschaft (also ein hohes Maß an Effizienz) allein langfristig nicht ausreichen wird, 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 kommende Abrechnungssystem. Seit 2004 setzen wir die Abrechnung nach „Diagnosis Related Groups“ (DRG)⁶ 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. Zur Zeit erwirtschaften die DRK Kliniken Berlin mit ihren rund 3.000 Arbeits-

⁵ Die Homepage der JCI erreichen Sie unter: <http://www.jcinc.com/international.asp?durki=7656>

⁶ Informationen zu DRG finden Sie unter: <http://www.g-drg.de>

und Ausbildungsplätzen einen Jahresumsatz von ca. 165 Mio. EUR.

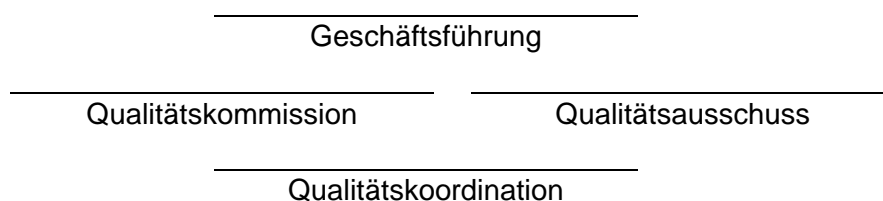
Unsere Bereitschaft, sich früh absehbaren Herausforderungen zu stellen und innovative Lösungen und Modelle umzusetzen, war die Basis für diesen Erfolg.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Erfolg hat klare Strukturen

DER Organisationsaufbau: Das folgende Schaubild zeigt, wie das Qualitätsmanagement in den DRK Kliniken Berlin organisiert ist:



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

Die Qualitätskommission berät die Geschäftsführung in allen Qualitätsfragen. In ihr sind die Krankenhausleitungen, die Hauptabteilungsleiter der Verwaltung, die Betriebsräte und die Mitglieder von Qualitätsausschuss und Qualitätskoordination vertreten.

Der Qualitätsausschuss diskutiert Grundsatzfragen des Qualitätsmanagements und berät die Geschäftsführung und die Qualitätskommission.

Die Qualitätskoordination bereitet die Zertifizierungen vor und trägt dazu bei, Beschlüsse von Geschäftsführung und Qualitätskommission umzusetzen. Gleichzeitig sammelt diese Koordinationsstelle alle Informationen zum Stand der Qualitätsverbesserung im Unternehmen, bereitet sie auf und stellt sie der Geschäftsführung und der Qualitätskommission zur Verfügung.

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 und gibt erforderliche

Mittel frei. Grundsatzentscheidungen, Verbesserungen umzusetzen, muss der Aufsichtsrat zustimmen.

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.

DIE QUALITÄTSKOMMISSION: Seit 2002 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.

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

(siehe auch Abschnitt E 2: » **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL**)

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 berufs-gruppenübergreifend 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.)

2002/2003 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 Desinteressen sind aber 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 helfen.

(siehe auch Abschnitt E 2: » **MITARBEITERBEFRAGUNG**)

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 Homepage⁷ veröffentlichen wir jährliche Geschäftsberichte. Die Fachabteilungen stellen sich in Informationsbroschüren und –veranstaltungen vor. Wo

⁷ www.drk-kliniken-berlin.de

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 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, das 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 Patientenbetreuung oder auf reale Verbesserungsmöglichkeiten, setzen wir die entsprechenden Maßnahmen möglichst schnell um. Darüber hinaus gibt es an allen drei Standorten Patientenführsprecher, deren Arbeit von den Klinikleitungen aktiv unterstützt wird.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

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 Dienstanweisungen. 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 2004: Mitarbeiter unserer Qualitätskoordination führten im Rahmen der Vorbereitungen für die Rezertifizierung 2005 im März und im Oktober 2004 in allen Unternehmensbereichen interne Inspektionen durch. Auf einigen Gebieten ergab sich Verbesserungsbedarf. Aus der Ergebnisanalyse wurde eine Reihe von Projekten initiiert und umgesetzt. So wurden zum Beispiel einheitliche Untersuchungs- und Anamnesebögen entwickelt.

(siehe auch Abschnitt F).

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, die bei knapp 50% im Vergleich zwar akzeptabel ist, unseren Ansprüchen aber nicht genügt. Zum Thema *Joint Commission* zeigte sich –besonders bei den klinisch tätigen Mitarbeitern– ein hoher Kenntnisstand und ein hohes Maß an Zustimmung. 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.

E-3 *Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V*

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

entfällt

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Modellhafte Verbesserungen

Die DRK Kliniken Berlin haben im Rahmen ihres Qualitätsmanagements im Jahr 2004 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. Wir haben einheitliche Schmerztherapiestandards erarbeitet und implementiert, die postoperativen Anordnungen der Anästhesisten sind verbindlich. Wir haben damit eine qualifizierte und kontinuierliche Schmerztherapie etabliert, die sich an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anpasst. Stellvertretend für die anderen Häuser beteiligten sich die DRK Kliniken Berlin | Westend von März bis November 2004 am bundesweiten Forschungsprojekt „Schmerzfrees 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.⁸

EINHEITLICHE UNTERSUCHUNGS- UND ANAMNESEBÖGEN: Die JCI verlangt, dass wir bei allen Patienten die Befunde,

⁸ Zu unserem Verständnis von Schmerzen und ihrer Behandlung siehe *DRK Kliniken Berlin / Jahresbericht 2002/2003*, S. 58 ff.

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.

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, Physiotherapie, 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.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Gute Adressen für mehr Qualität

HERAUSGEBER:

DRK Kliniken Berlin | Geschäftsführung

Dipl. Ing. Berthold Simons
Prof. Dr. med. Thomas Kersting, MBA

Brabanter Straße 18 – 20, 10713 Berlin
Tel.: (030) 30 35 – 52 05, Fax: (030) 30 35 – 52 30
E-mail: geschaeftsfuehrung@drk-kliniken-berlin.de

REDAKTION:

DRK Kliniken Berlin

Dr. med. Hans Alsen (verantw.),
Direktionsbereich Qualitätsmanagement

Dr. med. Bidjan Sobhani, MBA
Direktionsbereich Strategie und Innovation

Dipl. Betriebswirt Walter Vankann
Bereichsleiter Betriebswirtschaft

KRANKENHAUSLEITUNG

DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik

Ärztliche Leitung: Dr. I.-Dorothee Kress
Verwaltungsleitung: Dipl. Kaufmann Peter Kamenz
Pflegedienstleitung: Ltd. Oberschwester Ursula Völz

QUALITÄTSKOORDINATION:

Dr. med. Hans Alsen (verantw.) / Tel.: (030) 30 35 - 52 08
Claudia Grobe / Tel.: (030) 30 35 – 49 07

ZENTRALES PFLEGEMANAGEMENT:

DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.

Ltd. Oberschwester Gunhild Leppin
Mozartstraße 37, 12247 Berlin
Tel.: (030) 30 35 - 54 78, Fax: (030) 30 35 - 54 73

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Startseite der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann-Klinik:

www.drk-kliniken-berlin.de/wiegmann/psychosomatik

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

www.drk-kliniken-berlin.de/intro/publikationen.htm

Veranstaltungen der DRK Kliniken Berlin:

www.drk-kliniken-berlin.de/intro/veranst.php

Pressemitteilungen der DRK Kliniken Berlin:

<http://www.drk-kliniken-berlin.de/intro/presse/pressemitteilungen.php>