

Qualitätsbericht 2008

Martin Gropius Krankenhaus



Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Editorial.....	7
A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... 12
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses..... 12
A-3	Standort(nummer) 12
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers..... 12
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus..... 12
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses 12
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... 12
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses..... 13
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 13
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses 14
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses..... 15
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V..... 15
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses..... 15
A-14	Personal des Krankenhauses..... 15
B	Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
B-1	Neurologie..... 18
B-2	I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik..... 22
B-3	II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum 24
B-4	Kinder- und Jugendpsychiatrie 27
C	Qualitätssicherung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren) 32
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate 32
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus 32
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren..... 32
C-1.2.[1]	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Krankenhaus..... 32
C-1.2.[1]	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene B Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung 32
C-1.2.[1]	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog B.I bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt..... 32
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V 34
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGBV34
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung..... 34
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V 34
D	Qualitätsmanagement
D-1	Qualitätspolitik..... 38
D-2	Qualitätsziele 38
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... 39
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements 40
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte..... 43
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements..... 47



Liebe Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes,

das Martin Gropius Krankenhaus ist ein wichtiger Bestandteil des Verbundes von Unternehmen im Gesundheitswesen GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH. Gemeinsam mit den anderen Mitgliedern dieses Verbundes arbeiten wir täglich an der Sicherung und Verbesserung unserer Qualität. Hierzu führen wir Projekte zur Kunden- und Mitarbeiterorientierung, Maßnahmen zur Verbesserung unserer Abläufe, Befragungen, Zertifizierungen und viele weitere Maßnahmen durch, über die in diesem Qualitätsbericht zu lesen ist. Damit gehen wir über den gesetzlich vorgeschriebenen Umfang eines Qualitätsberichtes deutlich hinaus und geben ein vollständiges Bild unserer Qualitätsbemühungen.

Dabei stellen wir unsere hohe Qualität in standardisierten Zertifizierungsverfahren unter Beweis. Unser Krankenhaus in Angermünde ist bereits nach dem deutschlandweiten Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) zertifiziert. Die anderen zum Verbund gehörenden Krankenhäuser haben Projekte zum Erwerb dieser Zertifikate begonnen. Darüber hinaus werden einzelne Bereiche nach dem europäischen Standard DIN ISO regelmäßig zertifiziert. Auch die Zertifizierung verschiedener Organ- oder Behandlungszentren wird in den kommenden Monaten angestrebt.

Ein bedeutsamer Aspekt von Qualität ist für uns auch die Einbindung und Förderung der Region. Als kommunal getragenes Unternehmen sehen wir uns in der Pflicht, sichere und attraktive Arbeitsplätze in der Region zu erhalten und neu zu schaffen, die Region durch Veranstaltungen zu beleben und regionale Vereine zu unterstützen sowie durch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit das Vertrauen in unsere Unternehmen und die Region zu stärken.

So tragen wir über die Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung hinaus wesentlich dazu bei, dass unsere Region lebenswert ist, sich entwickelt und für jedermann ein attraktives Umfeld bietet.

Harald Kothe-Zimmermann
Geschäftsführer

Matthias Lauterbach
Geschäftsführer



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

die Martin Gropius Krankenhaus GmbH berichtet in diesem medizinischen Jahresbericht entsprechend der gesetzlichen Regelung über die Leistungen und behandelten Fälle im Jahr 2008.

Die jeweils 10 häufigsten Diagnosen jeder Abteilung des Krankenhauses werden genannt, so dass der Leser einen Überblick über das Leistungsspektrum erhält. Gegenüber 2006 haben sich in den Struktur- und Leistungsdaten Veränderungen ergeben.

In der Neurologie wurde 2007 eine Schlaganfallbehandlungseinheit etabliert, so dass hier eine rasche Diagnostik und Sofortbehandlung von Schlaganfallpatienten möglich ist. Dies führte wesentlich zu dem Fallanstieg gegenüber 2006 um 350 Fälle.

In der Psychiatrie wurden ebenfalls die vollstationären Leistungen gesteigert. 2007 nahm die Klinik eine erwachsenenpsychiatrische Tagesklinik in Bernau in Betrieb, welche seitdem einen Auslastungsgrad von über 100 % verzeichnet.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erhielt 2007 neue Unterbringungsbedingungen, was sich positiv auf die Behandlungsqualität und die erzielten Leistungen auswirkte. Familientherapeutische Behandlungskonzepte konnten damit in die Praxis umgesetzt werden.

Über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten im Martin Gropius Krankenhaus an dem Ziel, kranke Menschen besser zu behandeln.

Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit sind als feste Bestandteile in den Therapiekonzepten der Klinik installiert. Als ein Fachkrankenhaus für die Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie Neurologie nehmen wir unser breit gefächertes Leistungs- und Leistungsangebot in hoher Qualität zum Wohle der Patienten der Region wahr.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Kothe-Zimmermann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Monika Born
Verwaltungsleiterin



A

Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: Martin Gropius KH GmbH
 Hausanschrift: Oderberger Str. 8
 16225 Eberswalde
 Telefon: 03334 53-0
 Fax: 03334 53-261
 URL: www.mgkh.de
 Email: info@mgkh.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 261200413

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

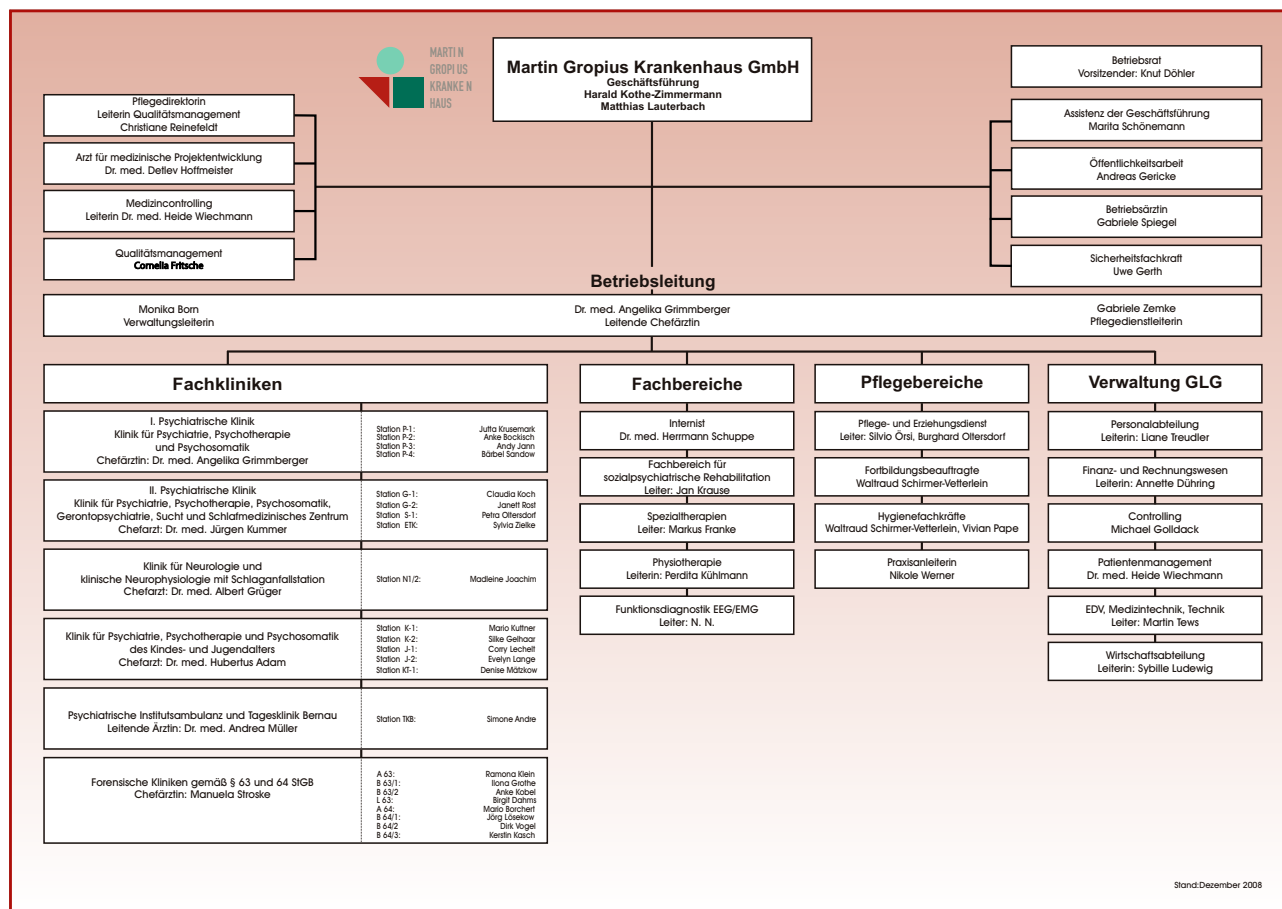
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Martin Gropius Krankenhaus GmbH
 Art: öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm (Stand 31.12.2008)

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Schlaganfallzentrum (VS03)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Neurologie; Radiologie; Kardiologie; Geriatric
Kommentar / Erläuterung	Aufgrund der besonderen Struktur der Versorgung am Standort Eberswalde erfolgt die Kooperation der Neurologie der Martin Gropius Krankenhaus GmbH mit weiteren Abteilungen der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus.
Schlafmedizinisches Zentrum (VS41)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Psychiatrie; Neurologie; Pädiatrie der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus
Kommentar / Erläuterung	Es erfolgt auch die Versorgung des Bereiches Pädiatrie der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus in speziellen pädiatrisch-schlafmedizinischen Fragestellungen.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)
- Aromapflege/-therapie (MP53)
- Atemgymnastik/-therapie (MP04)
- Basale Stimulation (MP06)
- Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (MP56)
- Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)
- Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)
- Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)
- Bewegungstherapie (MP11)
- Biofeedback-Therapie (MP57)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Epilepsiekomplexbehandlung (MP00)
- Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)
- Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)
berufsguppenübergreifendes Fallmanagement
- Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining (MP59)
- Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie (MP20)
- Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)
- Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie (MP23)
- Lasertherapie (MP00)
Biostimulation und Bioregulation
- Lichttherapie (MP00)
zur Unterstützung der Behandlung von Depressionen
- Lokomotionstherapie (MP00)
- Manuelle Lymphdrainage (MP24)
- Massage (MP25)
- MediJet (MP00)
Angebot aus dem Wellnessbereich
- Medizinische Fußpflege (MP26)
- Musiktherapie (MP27)
- Neurologische Frührehabilitation (MP00)
- Pädagogisches Leistungsangebot (MP30)
- Parkinsonkomplexbehandlung (MP00)

- Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)
- Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse (MP33)
Psychoedukation
- Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)
- Schlaganfallkomplexbehandlung (MP00)
- Snoezelen (MP62)
- Sozialdienst (MP63)
- Soziotherapie (MP00)
- Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)
- Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)
Beratung zur Sturzprophylaxe
- Spezielle Entspannungstherapie (MP40)
Autogenes Training und progressive Muskelrelaxation
- Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien (MP65)
- Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen (MP66)
- Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)
Pflegevisiten, rezertifizierte Pflege für multiple Sklerose, Wundexperten
- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)
- Wirbelsäulengymnastik (MP49)
- Wundmanagement (MP51)
spezielle Versorgung durch Pflegeexperten von chronischen Wunden
- Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)
- Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- Bibliothek (SA22)
- Cafeteria (SA23)
- Fitnessraum (SA25)
und Sportplatz
- Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)
- Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)
- Seelsorge (SA42)
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)
- Kulturelle Angebote (SA31)
wechselnde Ausstellungen im Atrium des Krankenhauses, Theateraufführungen, Kinoveranstaltungen, Chorkonzerte, Abendsingen
- Parkanlage (SA33)
- Wäscheservice (SA38)
- Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Telefon (SA18)
- Empfangs- und Begleitservice für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)
- Dolmetscherdienste (SA41)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Fernsehraum (SA04)
- Teeküche für Patienten und Patientinnen (SA08)
- Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)
- Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)
- Ausstellungen (SA00)
Malerei, Fotografie u.ä.
- Werkstattladen (SA00)
Verkauf von Produkten aus eigenen Werkstätten, Töpfere, Tischlerei, Buchbinderei, Floristik usw.
- Sonstiges (SA00)
Sportplatz
Freizeitangebot Abendsingen
- Beschwerdemanagement (SA55)

- Diät-/Ernährungsangebot (SA44)
- Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)
- Getränkeautomat (SA46)
- Nachmittagstee/-kaffee (SA47)
- Orientierungshilfen (SA51)
- Patientenfürsprache (SA56)
- Postdienst (SA52)
- Rauchfreies Krankenhaus (SA34)
- Schwimmbad/Bewegungsbad (SA36)
- Tageszeitungsangebot (SA54)
- Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)

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

Betten: 263

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 3785

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 8509

- Quartalszählweise:

- Patientenzählweise:

- Sonstige Zählweise:

Teilstationäre Fälle: 368

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	37,4	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	14,8	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	3,0	3 Fachärzte in Institutsambulanz

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	153,9	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	16,0	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	6,5	ab 200 Stunden Basis

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche



B

Struktur und Leistungsdaten der
Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Neurologie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Neurologie

Fachabteilung:	Neurologie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Dr. Albert Grüger
Ansprechpartner:	Chefartzsekretariat: Frau Poppe, Frau Bruckner
Hausanschrift:	Oderberger Str. 08 16225 Eberswalde
Telefon:	03334 53425
Fax:	03334 53426
URL:	www.mgkh.de
E-Mail:	neuro@mgkh.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte - Neurologie

- Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)**
 Indikationsstellung und Durchführung systemischer und lokaler Thrombolyse (in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neuroradiologie an der Klinikum Barnim GmbH, Werner-Forßmann-Krankenhaus) bei akutem Schlaganfall; Monitor-Überwachung und frührehabilitative Übungsbehandlung akuter Schlaganfälle auf einer subspezialisierten 9-Betten Station. Umfassende differentialdiagnostische Abklärung der Schlaganfallursache und Einleitung der bestmöglichen Sekundärprophylaxe
- Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)**
 Differentialdiagnostische Abklärung von Sinusthrombosen mit entsprechender Therapie. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurochirurgie und interventionelle Neuroradiologie (Klinikum Barnim GmbH) differentialdiagnostische Abklärung cerebraler Blutungen; wenn indiziert, konservative Therapie in der neurologischen Abteilung.
- Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)**
 Rasche Differentialdiagnostik und Behandlung von akuten, subakuten und chronischen Meningitiden, Enzephalitiden und Rückenmarksentzündungen. Entsprechend der epidemiologischen Häufung im Einzugsgebiet besondere Erfahrungen und Behandlungsschwerpunkt Neuroborreliose.
- Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)**
 Stationäre und ambulante Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) einschließlich aller schulmedizinisch üblichen krankheitsmodifizierenden medikamentöser Therapieformen, übender und physikalischer Therapieverfahren und der symptomatischen Therapie. Regelmäßige Patientenworkshops für MS-Betroffene. 2 MS-Schwester, die auch ambulant tätig sind. Beteiligung an multi-center Studien zur MS. Stationäre und ambulante Diagnostik und Therapie auch seltenerer neuroimmunologischer Erkrankungen wie Neuro-Sarkoidose, Stiff-Person Syndrom, Vaskulitiden mit Beteiligung des Nervensystems.
- Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)**
 Differentialdiagnose mit Hilfe der Verhaltens- und Anfallsbeobachtung, der EEG-Diagnostik, bildgebender, neurophysiologischer und internistischer Verfahren. Differenzierte Therapie aller im Erwachsenenalter vorkommenden epileptischen Syndrome. Differentialdiagnostik internistischer Erkrankungen innerhalb der Abteilung durch einen kardiologisch versierten, erfahrenen Internisten sowie in Zusammenarbeit mit der Kardiologie des Klinikum Barnim. Bei funktionell bedingten oder überlagerten Symptomen enge Zusammenarbeit mit Psychiatrie und Psychosomatik im Hause.
- Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)**
 In enger Zusammenarbeit mit der Neurochirurgischen, der Onkologie und der Strahlentherapeutischen Kliniken wird hier die Erstdiagnose gestellt, die Behandlung von Folgeerkrankungen durchgeführt (z.B. Spastik, Lähmungen, epileptische Anfälle, Schmerzen) sowie auch - bei primären Hirntumoren und in Kooperation mit den Neurochirurgen der Klinikum Barnim GmbH - eine eventuell notwendige stationäre Chemotherapie.
- Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)**
 In enger Zusammenarbeit mit der Neurochirurgischen Klinik wird hier die Erstdiagnose durchgeführt sowie die Behandlung von Folgeerscheinungen wie Spastik, Lähmungen, Schmerzen, epileptischen Anfällen.
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)**
 Nicht operative Diagnostik und Therapie von Meningeomen, von Meningitiden, von malignen Absiedelungen an der Hirnhaut, wann immer notwendig in enger Zusammenarbeit mit Neurochirurgie, Onkologie, Infektiologie.
- Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)**
 Differenzierte Diagnostik der verschiedenen Formen der Motorneuron-Erkrankungen und der System- bzw. Multisystematrophien mit und ohne Demenz mittels klinischer Abklärung, bildgebender Diagnostik einschl. SPECT- und funktioneller Bildgebung; differenzierte Therapie sowohl medikamentös als auch übend und stützend. Enge Zusammenarbeit mit der gerontopsychiatrischen Klinik im Hause.

- **Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)**
Differenzierte Diagnostik und Therapie verschiedener Parkinsonsyndrome und hyperkinetischer Bewegungsstörungen einschl. verschiedener Formen der Chorea. Spezialambulanz für Botulinumtoxin, für Blepharospasmus, Hemispasmus facialis, zervikale Dystonie und andere segmentale Dystonien.
- **Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)**
Differenzierte Diagnostik der Demenzen, der System- oder Multisystematrophien einschließlich Neurophysiologie, Neuropsychologie, struktureller und funktioneller Bildgebung und differenzierte Therapie medikamentös ühend, stützend und psychosozial.
- **Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)**
Stationäre und ambulante Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) einschließlich aller schulmedizinisch üblichen krankheitsmodifizierenden medikamentöser Therapieformen, übender und physikalischer Therapieverfahren und der symptomatischen Therapie. Regelmäßige Patientenworkshops für MS-Betroffene. 2 MS-Schwester, die auch ambulant tätig sind. Beteiligung an multi-centre Studien zur MS. Stationäre und ambulante Diagnostik und Therapie auch seltenerer neuroimmunologischer Erkrankungen wie Neuro-Sarkoidose, Stiff-Person Syndrom, Vaskulitiden mit Beteiligung des Nervensystems.
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)**
Differenzierte Abklärung mit neurophysiologischen und bildgebenden Methoden und entsprechend differenzierte Therapie sowohl medikamentös als auch physikalisch und ühend.
- **Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)**
Differenzierte neurophysiologische und laborchemische Abklärung einschl. auch von Muskel- und Nervenbiopsien entsprechend differenzierte Therapie der Grundkrankheit bzw. der Symptome einschl. auch der rehabilitativen Therapie.
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)**
differenzierte Abklärung von myasthenen Syndromen, Behandlung der Grundkrankheit bzw. Immunmodulation sowie differenzierte symptomatische Behandlung, ambulante Betreuung im Rahmen einer Spezialsprechstunde.
- **Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)**
Differenzierte Abklärung der Ursachen, Behandlung mit Mitteln der physikalischen Therapie sowie medikamentös (orale intrathekale und lokale Applikationsformen, die intrathekalen Applikationen in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurochirurgie der Klinikum Barnim GmbH).
- **Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18)**
2007 ist die Schlaganfallereinheit (Stroke unit) am Standort Klinikum Barnim, Werner-Forßmann-Krankenhaus in Betrieb genommen worden.
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)**
Alle neurologischen Alterskrankheiten werden differentialdiagnostisch abgeklärt und entsprechend differenziert behandelt. Es besteht eine eigene internistische Funktionsabteilung innerhalb der Neurologischen Klinik, so dass auch multimorbide Patienten adäquat versorgt werden können. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik der Klinikum Barnim GmbH Eberswalde und mit der gerontopsychiatrischen Abteilung der Martin Gropius Krankenhaus GmbH.
- **Spezialsprechstunde (VN20)**
In der Spezialsprechstunde bestehen Ermächtigungambulanz für Bewegungsstörungen, Spastikbehandlungen (jeweils einschließlich Botulinumtoxinbehandlungen) sowie für Neuroimmunologie (z. B. Multiple Sklerose, Neurosarkoidose, chronische Polyneurithiden, Myasthenia gravis etc.)

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Neurologie

- rezertifizierte Pflege für Multiple Sklerose (MP00)
- Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)
- Schmerztherapie/-management (MP37)
- Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Neurologie

- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)

Die nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-1.5 Fallzahlen - Neurologie

Vollstationäre Fallzahl: 1539

B-1.6 Diagnosen nach ICD - Neurologie

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Neurologie

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	346	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	G40	204	Anfallsleiden - Epilepsie
3	G45	146	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
4	G35	74	Multiple Sklerose
5	G62	38	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
6	H81	31	Störung des Gleichgewichtsorgans
7	G20	30	Parkinson-Krankheit
8	G43	29	Migräne
9	F05	25	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
10	G51	25	Krankheit des Gesichtsnervs

B-1.7 Prozeduren nach OPS - Neurologie

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Neurologie

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	874	Messung der Gehirnströme - EEG
2	1-208	810	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
3	1-204	454	Untersuchung der Hirnwasserräume
4	8-981	381	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls
5	1-206	359	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
6	8-561	231	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
7	8-390	226	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z. B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
8	9-320	170	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens
9	1-901	155	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation
10	1-760	93	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z. B. Zucker) verabreicht werden

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Neurologie

Spezialambulanz Neuroimmunologie	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Spezialsprechstunde Bewegungsstörungen	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)

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

trifft nicht zu

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

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung - Neurologie

- Laser (AA20)
- Kipptisch (AA19)
Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung zum motorischen Training im Stand bei z.B. Querschnittslähmung, MS-Patienten, Polyneuropathien, Kreislauftraining und -diagnostik
- Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- Elektroenzephalographiegerät (EEG) (AA10) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Hirnstrommessung
- Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (AA11)
Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Neurologie

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,9	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,0	Weiterbildungsbefugnis
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Neurologie (AQ42)
- Rehabilitationswesen (ZF37)
- Innere Medizin (AQ23)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.2 Pflegepersonal - Neurologie

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	27,2	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,7	1 Jahr

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Neurologie

- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-2 I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-2.1 Allgemeine Angaben - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Fachabteilung:	I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Frau Dr. Angelika Grimmberger
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Verbeek / Frau Schulz
Hausanschrift:	Oderberger Str. 8 16225 Eberswalde
Telefon:	03334 53-267
Fax:	03334 53-389
URL:	www.mgkh.de
EMail:	psych1@mgkh.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
- Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
- Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
- Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
- Sonstige im Bereich Psychiatrie (VP00)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Essstörungen

Die besonderen Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung spiegeln sich in der Stationszuordnung wider:

Station P1	Psychotherapie
Station P2	Krisenintervention/Depressionsbehandlung
Station P3	Behandlung von Psychosen
Station P4	Psychosentherapie und psychiatrische Akutbehandlung

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf aktivierende, rehabilitative Maßnahmen, um eine größtmögliche Selbständigkeit zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Das Ziel ist vorrangig der Erhalt der Möglichkeit, in der gewohnten Umgebung – meist zu Hause – weiterleben zu können. Die Patienten werden in diagnosebezogenen Gruppen nach einem fest strukturierten Wochenplan behandelt.
Angeboten werden u.a.:
intendiert-psychodynamische Psychotherapie in geschlossener Gruppe
Notfallpsychologie und Traumatherapie
psychiatrische Behandlung einschl. Psychopharmakotherapie, psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Entspannungstraining,
Mal-, Musik- und Tanztherapie,
Ergotherapie,
Physiotherapie (Wasser-, Elektrotherapie, Massage, Gymnastik),
Soziotherapie (Hilfe bei Reintegration in das häusliche und soziale Umfeld, Kontaktaufnahme mit weiterbetreuenden Institutionen)
- **Sonstiges (MP00)**
Elektroheilkampfbehandlungen

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-2.5 Fallzahlen - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Vollstationäre Fallzahl:	914
Teilstationäre Fallzahl:	85

B-2.6 Diagnosen nach ICD - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F43	306	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
2	F20	147	Schizophrenie
3	F10	86	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
4	F33	86	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F41	66	Sonstige Angststörung
6	F32	54	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
7	F25	23	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
8	F23	19	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
9	F31	17	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
10	F06	15	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

B-2.7 Prozeduren nach OPS - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

trifft nicht zu

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Das Leistungsspektrum des Martin Gropius Krankenhauses umfasst keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-2.11 Apparative Ausstattung - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

trifft nicht zu

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,8	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,9	mit Weiterbildungsbefugnis
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)
- Psychotherapie (ZF36)
- Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
Gesundheitsmanagerin

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.2 Pflegepersonal - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	38,8	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,0	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,0	ab 200 Stunden Basis

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - I. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- Sonstige (SP00)
Krankenpflegehelfer, Pflegehelfer
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Psychologe und Psychologin (SP23)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)
- Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin (SP13)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-3 II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

B-3.1 Allgemeine Angaben - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Fachabteilung:	II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Herr Dr. Jürgen Kummer
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Sämann / Frau K. Dobilinski
Hausanschrift:	Oderberger Str. 8 16225 Eberswalde
Telefon:	03334 53469
Fax:	03334 53365
URL:	www.mgkh.de
E-Mail:	psych2@mgkh.de

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

In der Gerontopsychiatrischen Klinik werden Menschen im höheren Lebensalter (in der Regel ab 60 Jahre) mit geistigen, psychischen und seelischen Störungen und Krankheiten behandelt.

In der psychiatrischen Tagesklinik werden Patienten mit psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern ab Vollendung des 18. Lebensjahres aufgenommen, bei denen eine vollstationäre Behandlung verkürzt oder vermieden werden kann. Auf der Station für Abhängigkeitskrankheiten stehen Therapieplätze zur Verfügung für Patienten, die behandlungswillig, aber unter ambulanten Bedingungen nicht abstinentfähig sind oder an alkohol- und suchtmittelinduzierten Psychosen und Psychosyndromen leiden.

Enge Kooperationen bestehen zu der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus vor allem mit den Inneren Abteilungen und der Abteilung für Geriatrie.

- Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)

Die besonderen Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung spiegeln sich in der Stationszuordnung wider:

Station S1 Suchtbehandlung

Station G1 Gerontopsychiatrie mit Schwerpunkt Demenz

Station G2 Gerontopsychiatrie mit Schwerpunkt Depression, Altersneurosen und Persönlichkeitsstörungen

Station Erwachsenenagesklinik

Ab dem 18. Lebensjahr mit dem Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen

Schlaflabor

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

- Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)

Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf aktivierenden, rehabilitativen Maßnahmen, um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Das Ziel ist vorrangig der Erhalt der Möglichkeit, in der gewohnten Umgebung – meist zu Hause – weiterleben zu können. Die Patienten werden in diagnosebezogenen Gruppen nach einem fest strukturierten Wochenplan behandelt.

Angeboten werden u.a.:

psychiatrische Behandlung einschl. Psychopharmakotherapie, psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Entspannungstraining,

Mal-, Musik- und Tanztherapie,

Ergotherapie,

Physiotherapie (Wasser-, Elektrotherapie, Massage, Gymnastik),

Soziotherapie (Hilfe bei Reintegration in das häusliche und soziale Umfeld, Kontaktaufnahme mit weiterbetreuenden Institutionen)

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)

Die nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-3.5 Fallzahlen - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Vollstationäre Fallzahl: 948

Teilstationäre Fallzahl: 234

B-3.6 Diagnosen nach ICD - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	400	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F32	105	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
3	G30	52	Alzheimer-Krankheit
4	F33	34	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F05	28	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
6	F03	25	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet

7	F06	22	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
8	F01	21	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn
9	F07	20	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
10	F20	15	Schizophrenie

B-3.7 Prozeduren nach OPS - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

trifft nicht zu

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Schlafmedizinisches Zentrum	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Das Leistungsspektrum des Martin Gropius Krankenhauses umfasst keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-3.11 Apparative Ausstattung - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

- Schlaflabor (AA28)

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte und Ärztinnen - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,0	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,0	mit Weiterbildungsbefugnis
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)
- Psychotherapie (ZF36)
- Schlafmedizin (ZF39)
- Sonstige Facharztqualifikation (AQ00)
Nervenarzt

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-3.12.2 Pflegepersonal - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	40,1	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	6,7	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,6	ab 200 Stunden Basis

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - II. Psychiatrische Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Sucht, Schlafmedizinisches Zentrum

- Sonstige (SP00)
Krankenpflegehelfer, Pflegehelfer
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Psychologe und Psychologin (SP23)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)
- Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin (SP13)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)

B-4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-4.1 Allgemeine Angaben - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachabteilung:	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Herr Priv. Doz. Dr. med. habil. Hubertus Adam
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau D. Machander / Frau J. Schilling
Hausanschrift:	Oderberger Str. 8 16225 Eberswalde
Telefon:	03334 53-237
Fax:	03334 53-388
URL:	www.mgkh.de
EMail:	kiju@mgkh.de

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in Anlehnung an die Leitlinien und Standards des Fachgebietes.

- Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
- Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
- Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)

Die Klinik verfügt über 40 vollstationäre Betten und 18 tagesklinische Plätze sowie über eine familientherapeutische Einheit. Die Psychiatrische Institutsambulanz der Klinik bietet Hilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen bzw. für Eltern oder Sorgeberechtigte, die seelische Probleme bei ihren Kindern vermuten. Zusätzlich besteht eine „Spezialambulanz Autismus“. Das moderne multimodale Therapieangebot der Klinik umfasst kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Einzel-, Gruppen- und Familientherapie unter Einbeziehung mehrerer Schulen der Psychotherapie (Tiefenpsychologie, Verhaltens- und Familientherapie, Psychodrama) sowie Ergo-, Physio-, Kreativ- (Kunst, Musik, Tanz, Theater), kommunikative Bewegungstherapie und Entspannungsverfahren. Die Patienten werden in der Klinikschule beschult und hinsichtlich ihrer Schul- und Berufslaufbahn beraten, auch externe Beschulung bzw. Praktika sind während des stationären oder teilstationären Aufenthaltes möglich und werden bei Bedarf von der Klinik vermittelt. Kooperationspartner der Klinik sind insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Jugendämter, Jugendhilfeträger, Beratungsstellen und Bildungseinrichtungen.

Im Einzelnen:

Station K1 - Kinderstation mit Schwerpunkt hyperkinetische Störungen und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

Station K2 - (Klein-) Kinderstation zur Behandlung von frühen Beziehungs- und Bindungsstörungen

Familientherapeutische Einheit (FTE) - Behandlung incl. Aufnahmemöglichkeit für Eltern von Indexpatienten unter Einbeziehung (stationär und teilstationär) von Geschwistern und Eltern

Station J1 - Psychotherapeutische Jugendstation

Station J2 - Aufnahme- und Akutstation

Station TK - Tagesklinik für Kinder und Jugendliche

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)
 - Psychodiagnostik
 - Klinikschule
 - Psychoedukation
 - Bezugspflegesystem
 - Psychosozialdienst
 - Kinder- und jugendspezifische Fachtherapien

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Eltern-Kind-Zimmer/Familienzimmer (SA05)
- Spielplatz/Spielecke (SA37)

Die nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-4.5 Fallzahlen - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vollstationäre Fallzahl: 356

Teilstationäre Fallzahl: 60

Teilstationäre Fälle der Tagesklinik einschließlich interner Verlegungen: 66

B-4.6 Diagnosen nach ICD - Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F92	123	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens
2	F43	91	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
3	F90	19	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht
4	F93	19	Störung des Gefühlslebens bei Kindern
5	F32	18	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
6	F91	13	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen
7	F94	11	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
8	F84	10	Tiefgreifende Entwicklungsstörung
9	F98	10	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
10	F20	9	Schizophrenie

B-4.7 Prozeduren nach OPS - Kinder- und Jugendpsychiatrie

trifft nicht zu

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	Ambulante Behandlung aller kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder einschließlich bestimmter neurologischer Krankheitsbilder. Spezialsprechstunde für autistische Störungen aller Altersgruppen

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Leistungsspektrum des Martin Gropius Krankenhauses umfasst keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-4.11 Apparative Ausstattung - Kinder- und Jugendpsychiatrie

trifft nicht zu

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,7	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,9	mit Weiterbildungsbefugnis
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Kinder- und Jugendpsychiatrie (AQ37)
- Psychotherapie (ZF36)
- Psychosomatik (ZF00)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-4.12.2 Pflegepersonal - Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	47,8	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,6	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3,9	ab 200 Stunden Basis

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Sonstige (SP00)
Krankenpflegehelfer, Pflegehelfer
- Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)
für Kinder und Jugendliche
Psychologische Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Psychologin und Psychologe (SP23)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)
- Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin (SP13)
- Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin (SP08)
- Erzieher und Erzieherin (SP06)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)





Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

Das Martin Gropius Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) notwendig machen.

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie	<= 5	0,0	
Dekubitusprophylaxe	194	100,0	

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Krankenhaus

C-1.2.[1] Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur

B Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.

C-1.2.[1] Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog

B.I bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,6%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	2
Kommentar Geschäftsstelle	Die einzelfallbezogene(n) Stellungnahme(n) der Klinik wurde(n) von der Fachgruppe akzeptiert.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	3,1%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	2
Kommentar Geschäftsstelle	Die einzelfallbezogene(n) Stellungnahme(n) der Klinik wurde(n) von der Fachgruppe akzeptiert.

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

Aus Datenschutzgründen werden Fallzahlen und/oder Komplikationen < 5 Fälle nicht ausgewiesen.

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

Die Martin Gropius Krankenhaus GmbH nahm an keinem Disease-Management-Programm teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Schlaganfallregister

Freiwillige Teilnahme an dem Schlaganfallregister Nordwestdeutschland Münster der Universitätsklinik Münster, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Das Leistungsspektrum des Martin Gropius Krankenhauses umfasst keine Prozeduren, die in der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs.1 S. 3, Nr. 3 SGB V benannt sind.



D

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

In der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH gilt eine gemeinsame Qualitätspolitik als Grundlage aller Aktivitäten.

Unsere Qualitätspolitik

Ziel unserer Arbeit ist eine messbar gute Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bei der ambulanten und stationären Behandlung unserer Patienten. Dabei stellt die wirtschaftliche Betriebsführung die Handlungsfähigkeit des Unternehmens sicher.

Qualitätsmanagement

- steigert die Versorgungs- und Lebensqualität unserer Patienten
- vermittelt Kompetenz und Professionalität in der Versorgung
- fördert die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten
- steigert die Zufriedenheit in der Berufsausübung der Mitarbeiter
- verbessert die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Tätigkeiten im Krankenhaus
- intensiviert die internen und externen Geschäftsbeziehungen
- verbessert die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Gute Qualität im Versorgungsprozess kann nur durch uns als Leistungserbringer erreicht werden. Darum wollen wir alle Mitarbeiter unseres Unternehmens und unserer Partner in das Qualitätsmanagement einbinden. Qualitätsbewusste Mitarbeiter gehen den Weg der kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe gemeinsam.

Das Qualitätsmanagement ermöglicht es, sämtliche Abläufe an unseren Kunden auszurichten und kontinuierlich zu verbessern. Daher werden wir die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems ständig überprüfen, Verbesserungspotentiale ableiten und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung durchführen.

Die genannten Ziele werden in allen Unternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH umgesetzt.

D-2 Qualitätsziele

Die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat folgende gemeinsame Ziele und Strategien festgelegt:

1. Marktführerschaft in der regionalen Gesundheitswirtschaft

- Angebot des kompletten Leistungsspektrums der Krankenhausversorgung in der Region
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Bindung niedergelassener Ärzte durch Angebot von Praxisräumen und Kooperationen
- Umfassende strukturierte Öffentlichkeitsarbeit
- Engagement in regional wichtigen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens
- Bildung von Kooperationen und Allianzen zur Optimierung der Patientenversorgung

2. Erhaltung und Schaffung von attraktiven und sicheren Arbeitsplätzen in der Region

- Vergrößerung des Einzugsbereiches in räumlicher und sachlicher Hinsicht
- Wahrnehmung der Unternehmerpflicht zur Ausbildung, mit vorrangiger Berücksichtigung von Bewerbern aus der Region
- Familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsumstände
- Beteiligung der Mitarbeiter an der Gestaltung der eigenen Arbeitsumgebung und der Arbeitsumstände
- Verstärkung der Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen durch Corporate Identity und gemeinsame Veranstaltungen
- Durchführung einer strukturierten Personalentwicklung
- Umfassende und zeitnahe Information der Mitarbeiter über wichtige Tatsachen und Veränderungen
- Aushandeln von „Einkaufsvorteilen“ für Mitarbeiter des Konzerns
- Steigerung der Attraktivität der Region durch umfassendes Engagement im gesellschaftlichen Umfeld

3. Dauerhafte Sicherung der Investitionsfähigkeit durch Gewinnerzielung

- Belegungssicherung und -erweiterung durch Schaffung eigener Angebote im Gesundheitsmarkt und Bindung der Zuweiser
- Sicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch Optimierung der betrieblichen Prozesse
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Datensicherheit durch einheitliche EDV
- elektronisches Archivierungssystem
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch abgestimmten Sachmitteleinsatz, gemeinsamen Einkauf und optimierte Logistikprozesse
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch rechtzeitige Reinvestition und Gewährleistung einer modernen Ausstattung
- Sicherung bzw. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch optimalen Personaleinsatz (Synergien)

4. Erschließung und Ausbau von Wachstumsmärkten in der Gesundheitswirtschaft

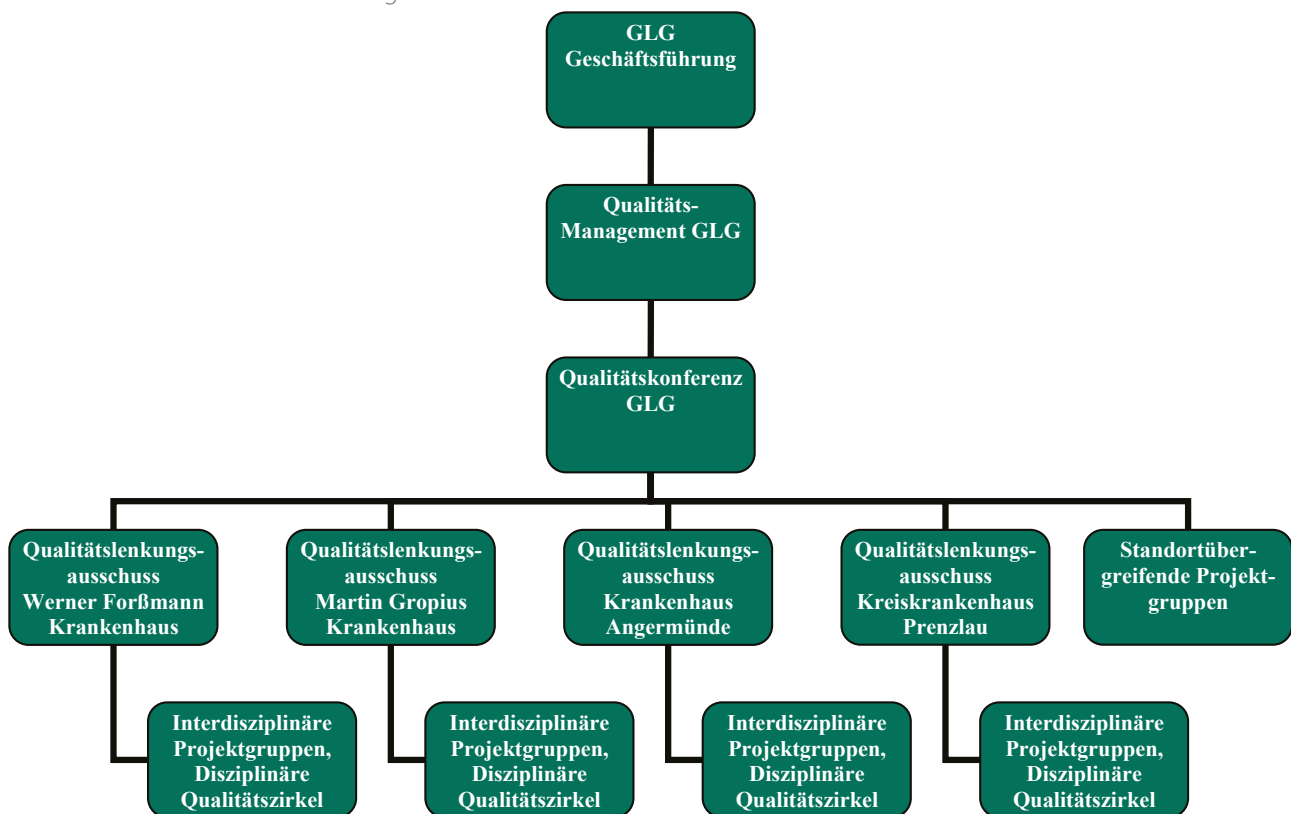
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Aufbau einer Frührehabilitation (ggf. gemeinsam mit Partnern)
- Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch Errichtung von Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Angebot von Prävention/Sport an Bevölkerung

5. Qualitätsführerschaft in der Region

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in allen Bereichen des Konzerns
- Nachweis hoher Qualität durch Erwerb von Zertifikaten
- Kommunikation der Erreichung von Qualitätszielen
- Teilnahme an Disease Management Programmen
- Teilnahme an der Integrierten Versorgung
- Herausgabe von Berichten: Qualitätsbericht, Jahresbericht, Personalentwicklungsbericht, Sozialbilanz, Umweltbilanz

D-3 Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Die GLG Geschäftsführung trägt die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement. Sie legt die konzernweite Qualitätspolitik mit ihrer Strategie und den Leitsätzen fest, stellt die Systemmittel bereit und benennt den Aufbau der Strukturen. Darüber hinaus verantwortet die Geschäftsführung die Realisierung und Aufrechterhaltung des QM-Systems sowie den Gesamterfolg der Abteilung.



Am 01.05.2008 wurde die zentrale Abteilung für Qualitätsmanagement gegründet. Diese Abteilung ist der Geschäftsführung unmittelbar zugeordnet und hat folgende Aufgaben:

- Auf- und Ausbau des Qualitätsmanagementsystems für die GLG unter Berücksichtigung bestehender Strukturen
- Erstellung eines Qualitätsentwicklungsplanes, der sowohl die Zertifizierungen der Krankenhäuser nach KTQ wie auch Zertifizierungen einzelner Bereiche nach DIN ISO 9001 umfasst
- Analyse der wesentlichen Kernprozesse in der Leistungserbringung und Entwicklung von Prozessorientierten Optimierungstrategien
- Schaffung, Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in der Patientenversorgung
- Erhöhung der Patientensicherheit durch Schaffung eines krankenhausspezifischen Fehler- und Riskmanagements
- Steuerung von Qualitätsprojekten
- Einführung adäquater Indikatoren und/oder Kennzahlen zur Überprüfung der Qualitätsmanagementmaßnahmen
- Motivation, Information und Schulung der Mitarbeiter im Unternehmen zu den Themen des Qualitätsmanagements

Eine Qualitätskonferenz nimmt die Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Qualitätsmanagements auf Konzernebene wahr. Die Qualitätskonferenz setzt sich zusammen aus der Geschäftsführung, dem Qualitätsmanagement der GLG,

der GLG Pflegedirektion, der ärztlichen Koordination, dem Medizincontrolling, sowie den Mitgliedern der Krankenhausbetriebsleitungen. Zu den Aufgaben gehören:

- die Festlegung der Grundsätze der Qualitätsentwicklung aller Standorte
- die Definition der lang- und mittelfristigen Zielen
- die Projektvergabe
- die strukturierte Berichterstattung aus den Qualitätslenkungsausschüssen

Die dezentrale Entwicklung des Qualitätsmanagements auf Krankenhausebene liegt in der Verantwortung der Verwaltungsleitung. Sie übernimmt die Umsetzung und Steuerung des Qualitätslenkungsausschuss mit ihren qualitätsbezogenen Aufgaben. Die Verantwortung wird zusammen mit der Betriebsleitung ausgeübt. Der Qualitätslenkungsausschuss am jeweiligen Standort ist das Steuerungs- und Koordinierungsorgan des Qualitätsmanagements auf Standortebene und ist interdisziplinär und multiprofessionell besetzt. Er koordiniert sowohl die interdisziplinären Projektgruppen, in denen berufsgruppenübergreifenden Probleme bearbeitet werden, als auch die disziplinären Qualitätszirkel, welche sich mit abteilungs- bzw. stationsspezifischen Qualitätsproblemen befassen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

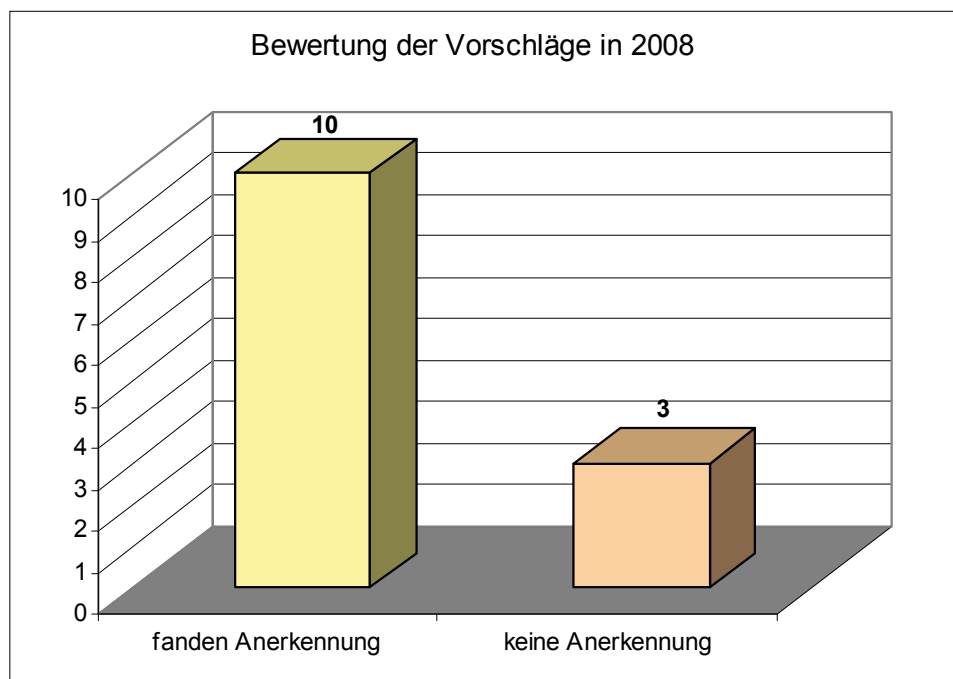
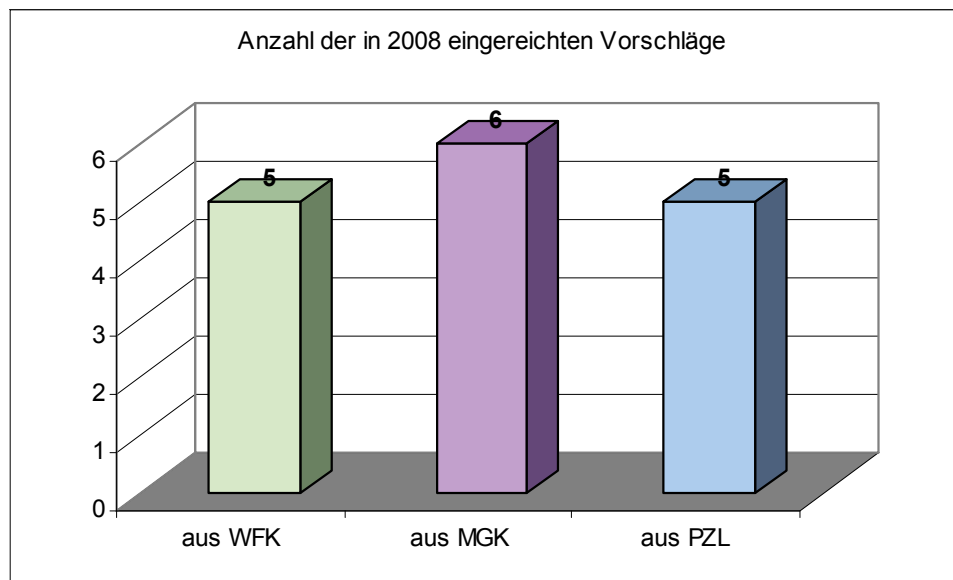
GLG-weit etablierte Instrumente des Qualitätsmanagements

Betriebliches Vorschlagswesen

Das Ziel unseres Betrieblichen Vorschlagswesens ist es, unsere Mitarbeiter zu motivieren, ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge einzureichen. Ein besonderes Interesse besteht an Vorschlägen, die Kosten sparen, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit verbessern, die Serviceorientierung verstärken, die Arbeitssicherheit erhöhen und den Umweltschutz fördern.

Eine Bewertungskommission entscheidet nach dem unabhängige Gutachter eine Bewertung des Vorschlages vorgenommen haben, ob eine Umsetzung erfolgen soll.

Seit dem Inkrafttreten einer GLG-weiten Betriebsvereinbarung (BV) sind 2008 insgesamt 16 Verbesserungsvorschläge eingereicht worden. Davon wurden 13 Vorschläge im Jahr 2008 bewertet; die Bewertung der drei anderen Vorschläge erfolgt 2009.



Ein Verbesserungsvorschlag wurde mit 300 € prämiert und bezog sich auf die Einrichtung eines Internetportals im Eingangsbereich der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhauses, der nun den Patienten zur Nutzung zur Verfügung steht. Andere Vorschläge brachten kleinere aber sehr sinnvolle Veränderungen in den Unternehmen, von denen Patienten, Angehörige und Mitarbeiter profitieren. Bei diesen Vorschlägen erhielten die Einreicher kleine Anerkennungen, wie z. B. Gutscheine.

Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und einweisenden Ärzten

Wir nutzen Befragungen, um die Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und Einweiser zu ermitteln. Wir haben für die Krankenhäuser des Unternehmensverbundes ein Befragungskonzept entwickelt, welches im Abstand von jeweils 3 Jahren die Durchführung aller drei Befragungsgruppen vorsieht. Im Berichtsraum wurden nachfolgend aufgeführte Befragungen in den GLG-Krankenhäusern durchgeführt:

- Einweiserbefragung Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus
- Patientenbefragung MSZ Uckermark Krankenhaus Angermünde
- Einweiserbefragung MSZ Uckermark Kreiskrankenhaus Prenzlau

Die Ergebnisse zeigen unsere Stärken auf, aber auch unsere Verbesserungspotentiale, die wir gezielt durch Maßnahmenplanungen nutzen, um unsere Kunden zukünftig besser zufrieden zu stellen.

Im Jahr 2009 werden wir eine unternehmensweite Patientenbefragung und eine Mitarbeiterbefragung durchführen.

Klinisches Ethik-Komitee

In den letzten Jahren hat eine wachsende Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland unterschiedliche institutionelle Strukturen zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung eingerichtet. Im Rahmen dieser Entwicklung stellen Ethikkomitees, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten beraten, neue Formen der medizinischen Ethikberatung in Deutschland. Die Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees bedeutet in der Praxis eine Weiterentwicklung von Kommunikation und Identität in einem Krankenhaus und geht über eine ethische Einzelfallberatung hinaus. Damit kann ein Ethikkomitee wichtige ethische Beiträge zur Leitbild-, Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklung in einer Einrichtung leisten.

Dieser Entwicklung hat sich die GLG auf Initiative des Ärztlichen Beirats gestellt. In einem umfassenden Konsensprozess wurde die Satzung durch den Ärztlichen Beirat entwickelt und im August 2008 verabschiedet. Entsprechend des Statutes besteht das Ethik-Komitee der GLG aus den nachstehend genannten Mitgliedern: Ärztlicher Sprecher / Sprecherin, Mitglied aus dem Ärztlichen Beirat, Vertretern aus dem Bereich der Pflege, Jurist, Psychologe/Seelsorger, unabhängiges, neutrales Mitglied. In der konstituierenden Sitzung wurde der Sprecher des Ethik-Komitees gewählt. Zu den wesentlichen Aufgaben unseres Klinischen Ethik-Komitees gehören die Leitlinienentwicklung, die Einzelfallberatung, sowie die Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik. Vor der Verabschiedung einer Leitlinie wird diese allen interessierten Mitarbeitern des Unternehmens zur Diskussion zur Verfügung gestellt, wobei relevante Änderungen berücksichtigt werden. Anschließend erfolgt der Beschluss durch die Betriebsleitung/Geschäftsführung. Diese Vorgehensweise erscheint uns für die Qualität und die spätere Akzeptanz der Leitlinie wesentlich. Die Transparenz der Arbeit des Ethik-Komitees und eine gute Kommunikation des Erstellungsprozesses sind für uns wesentliche Erfolgskriterien. Neben der Erstellung von Leitlinien ist die ethische Fallberatung eine weitere Aufgabe, die grundsätzlich nur auf Anfrage aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten durchgeführt wird. Es handelt sich hierbei um ein freiwilliges Beratungsangebot, welches die Betroffenen bei ethisch schwierigen Entscheidungen unterstützen soll.

Instrumente (Projektbeschreibungen) der Martin Gropius Krankenhaus GmbH

Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument

Mit dem Ziel, unsere Arbeit für die Patienten kontinuierlich zu überprüfen und Verbesserungspotentiale abzuleiten, haben wir in unserer Klinik die Pflegevisite im Jahr 2006 eingeführt und im Jahr 2008 überprüft.

Pflegevisiten dienen der Qualitätssicherung und kennzeichnen die Funktion eines prozessorientierten Evaluations- und Diagnose-(Pflege)instruments, auf dessen Grundlage die am Arbeitsprozess Beteiligten sofort und direkt handeln und gegebenenfalls steuernd eingreifen.

Pflegevisiten sind eine Interaktion von Sachverständigen und Pflege

- initiiert von Pflegedienstleitung und Pflegenden
- durchgeführt mit den Patienten
- analog der Methode des Pflegeprozesses
- mit dem Ziel der Qualitätssicherung und der Entwicklung einer Pflegekultur im Krankenhaus.

Pflegevisite ist ein internes Kontroll- und Messinstrument im Sinne der Qualitätssicherung und aus diesem Grund zwingend durchzuführen.

Die Pflegevisite umfasst folgende Beurteilungsparameter:

1. Patienten- und Kundenorientierung

- Die Sicherung der Qualität der pflegerischen Maßnahmen unter Berücksichtigung einer ausreichenden, zweckmäßigen und individuellen ressourcenorientierten Einbeziehung der Patienten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten in den Pflegeprozess.
- Der Patient äußert seine Wünsche und Bedürfnisse.

2. Mitarbeiterorientierung

- Pflegeprobleme werden erkannt und Lösungswege vereinbart.
- Erhöhung des Fachwissens und des Pflegeverständnisses der Mitarbeiter durch Beratung.
- Transparenz und Rückmeldung der Leistung der Mitarbeiter.

3. Qualitätssicherung

- Er wird die Pflegequalität auf der Station festgestellt, beurteilt und gesichert.
- Der Schulungs- und Beratungsbedarf der Mitarbeiter wird festgestellt.
- Die Umsetzung und die Qualität der Pflegedokumentation und der Pflegeprozesse werden beurteilt.

4. Leitungsebene

- Sich einen Einblick in die Pflegequalität zu verschaffen ist Voraussetzung für die gesicherte Einflussnahme auf die Pflegequalitätsverbesserung.
- Unser langfristiges Ziel ist es, die Stationsleistungen zur selbständigen Durchführung der Pflegevisiten zu befähigen bei Wahrung der pflegerischen Fachaufsicht der Pflegedienstleitung.

In unserem Konzept zur Pflegevisite ist die Durchführung differenziert beschrieben, so dass die Handlungssicherheit für die Mitarbeiter gegeben ist.

Die Pflegevisiten werden unter der Voraussetzung des Einverständnisses des betreffenden Patienten durchgeführt und protokolliert; die Schweigepflicht durch die Mitarbeiter wird eingehalten.

Der Ablauf der Pflegevisite wird mit den beteiligten Personen geplant, wichtige Parameter zum Patienten werden im Vorfeld abgestimmt. Der Patient wird vor der Pflegevisite aufgeklärt und um sein Einverständnis gebeten.

Nach Beendigung der Pflegevisite erfolgt eine Nachbesprechung zur Ergebnissicherung und der Reflexion zum Ablauf der Visite. Es erfolgt eine Rückmeldung an die Stationsleitung in anerkennender Form zur geleisteten Arbeit sowie konstruktive Kritik. Vorhandene Verbesserungspotentiale werden analysiert, die Umsetzung festgelegt und eingeleitet.

Die Dokumentation erfolgt im Pflegevisitenprotokoll, die Auswertung im Team wird durch die Stationsleitung und der an der Pflegevisite teilnehmenden Pflegekraft im Rahmen einer Stationsversammlung oder Dienstübergabe realisiert.

Pflegeleitlinie zur Sturzprophylaxe nach Expertenstandard

Bedingt durch die verschiedenen Auswirkungen einiger in der Multimorbidität der Erkrankungen und des Alters begründeten Defizite unserer zu behandelnden Patienten können zu Stürzen führen.

Insofern war und ist es notwendig Instrumente zu entwickeln, welche einerseits Stürze verhindern oder diese minimieren und andererseits schwerwiegende Sturzfolgen verhindern oder minimieren.

In einer Projektgruppe haben sich Mitarbeiter des Pflegedienstes ausführlich mit dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe auseinandergesetzt und eine Verfahrensweisung erstellt.

Diese Verfahrensweisung mit den dazu gehörigen Dokumentationsbögen „Checkliste: Maßnahmen zur Sturzprophylaxe“ und das Sturzunfallprotokoll finden in der Praxis Anwendung. So ist die Aufklärung der Patienten oder deren Angehörige zum Sturzrisiko als auch die prophylaktischen Maßnahmen in der Klinik einheitlich geregelt und gibt den Patienten sowie den Mitarbeitern Handlungssicherheit.

Seit Zugehörigkeit unserer Klinik zum Unternehmen GLG wurden die Verfahrensweisungen zur Sturzprophylaxe in den Häusern des Klinikverbundes überarbeitet und in einer Pflegeleitlinie Sturzprophylaxe teilweise neu definiert.

Die Erhebungen zum Sturzrisiko der einzelnen Patienten werden im KIS vorgenommen, die Aufklärung der Patienten und Angehörigen zur Sturzprophylaxe und Sturzrisiko erfolgen kontinuierlich.

Die Auswertung der Stürze und deren Folgen werden anhand der Sturzunfallprotokolle regelmäßig in den Stationsleiterbesprechungen vorgenommen.

Qualitätssicherung Dekubitusprophylaxe

Mobilität ist die Basis einer größtmöglichen Unabhängigkeit aller Menschen, gerade auch im Erkrankungsfall.

Durch eine frühestmögliche Früherkennung der Dekubitusgefahr bei Menschen mit erheblichen Einschränkungen ihrer Mobilität und Einleitung der Präventionsmaßnahmen wird die Entstehung des Dekubitus vermieden.

Aus diesem Grund wird in unserer Klinik durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Dekubitusprophylaxe bei allen Patienten, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, durchgeführt.

Unter Dekubitusprophylaxe werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die der Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) dienen. So wird unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages sowie bei Veränderung der Mobilität eine Einschätzung des Dekubitusrisikos gegeben. Bei Identifizierung einer Dekubitusgefährdung werden entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten angepasste Maßnahmen zur Förderung der Mobilität und der Druckentlastung eingeleitet. Die Maßnahmen werden in der Pflegedokumentation/Pflegeplanung durch die Mitarbeiter dokumentiert, so dass alle am Versorgungsprozess beteiligten in die Lage versetzt sind, die prophylaktischen Maßnahmen für und mit dem Patienten umzusetzen.

Es erfolgt die regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen anhand der Krankenbeobachtung und der Kommunikation im Team. So ist die Anpassung der Maßnahmen an die Situation des Patienten gewährleistet.

Zudem wird im Rahmen unseres Konzeptes zur Pflegevisite kontinuierlich der Kenntnisstand zur Pflegeleitlinie „Dekubitusprophylaxe der GLG“ überprüft.

Durch ein Handeln nach den Inhalten der Pflegeleitlinie erreichen wir die Umsetzung unseres pflegerischen Auftrages im Sinne der uns anvertrauten Menschen.

Eine Auswertung der Dekubitusrate anhand festgelegter Parameter erfolgt in regelmäßigem Zyklus in der Stationsleiterbesprechung. Dies bietet die Möglichkeit, sich intern zu vergleichen aber auch Verbesserungspotentiale zu besprechen

Projekt Suizidprophylaxe

Suizide und Suizidversuche gehören zu den schwerwiegendsten Komplikationen psychischer Erkrankungen und Krisen, auch unter stationären Behandlungsbedingungen. In der Regel gibt es vor suizidalen Handlungen von Patienten Hinweise auf eine solche Gefährdung - entweder vom Patienten selbst oder vom Behandlungsteam, den einweisenden Ärzten, Angehörigen oder Mitpatienten. Suizidale Gefährdungen zu erkennen und auf diese richtig zu reagieren, ist ein wichtiger Bestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit. Da solche Situationen nicht selten sind und wir ein optimales Handeln aller Beteiligten garantieren wollen, haben wir uns zum Umgang mit suizidgefährdeten Patienten eine für alle Mitarbeiter verpflichtende Verfahrensweisung erarbeitet. Darin wird geregelt, wie bei der Aufnahme von suizidalen Patienten zu verfahren ist, wie (und durch wen) gehandelt wird, wenn im Laufe der Behandlung Hinweise für eine Suizidgefährdung auftreten und welche konkreten Maßnahmen zu Verhinderung suizidaler Handlungen getroffen werden sollen. Hierzu gehören vor allem die Information des zuständigen Facharztes, die regelmäßige, ggf. auch kontinuierliche Überwachung der Patienten, die Entfernung gefährlicher Gegenstände, Einschränkung bzw. vorübergehende Streichung von Ausgängen und weitere Maßnahmen. Selbstverständlich müssen solche Anordnungen regelmäßig, mindestens täglich, überprüft und dokumentiert werden. Daneben ist auch die Informationsweitergabe über evtl. Suizidgefährdungen zwischen den Therapeuten und dem Pflorgeteam, selbstverständlich auch an den diensthabenden Arzt sehr wichtig. Mit der Handlungsrichtlinie zur Suizidprophylaxe wird die Patientensicherheit erhöht; daneben werden aber auch die Verfahrensabläufe und Informationen innerhalb des therapeutischen Teams geregelt und optimiert, was für die Mitarbeiter eine emotionale Entlastung im Umgang mit dieser besonderen Situation in der Patientenbetreuung bedeutet.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die Geschäftsführung der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat zu Beginn des Jahres beschlossen, alle Krankenhäuser nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifizieren zu lassen. Um die Stärken und Verbesserungsbereiche innerhalb der Unternehmen beurteilen zu können, wurden KTQ- Kurzchecks in allen drei Krankenhausstandorten der GLG, die bisher nicht zertifiziert wurden, durchgeführt. Die KTQ- Kurzchecks schlossen mit einem Strategieworkshop, indem die Stärken und Verbesserungsbereiche präsentiert wurden und eine Maßnahmenplanung zur Zertifizierungsvorbereitung verabschiedet wurde, ab. Folgende Projekte wurden für die GLG herausgearbeitet:

1. Behandlungspfade

Behandlungspfade legen die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Maßnahmen fest, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden. Interdisziplinäre Behandlungspfade sind spezielle Implementierungen von Leitlinien, die konkret auf einen Patienten eingehen. Behandlungspfade schaffen Transparenz nach innen und außen und stellen somit ein ideales Instrument dar, die Koordination aller Fachgebiete, die mit der Behandlung dieses Patienten betraut sind, zu gestalten. Ziel des Projektes ist die Optimierung von Prozessabläufen in der Patientenbehandlung, die Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung und die Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Die erste Entwicklung von zwei Behandlungspfaden je Fachabteilung wird 2009 abgeschlossen sein.

2. Entlassungsmanagement

Der Erfolg der Krankenhausbehandlung soll durch vorausschauende, abgestimmte Planungen der Berufsgruppen gesichert und fortgeführt werden. Deshalb sind frühzeitige Planung und Organisation zur Entlassung von Patienten wesentliche Bestandteile der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement beginnt bereits unmittelbar zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes und wird integraler Bestandteil der Behandlung und Pflege. Eine optimale, schnelle und effiziente Entlassung der Patienten nach Hause oder in nachsorgende Institutionen wird zeitnah von den behandelnden Ärzten, den Pflegenden und den Mitarbeitern des Sozialdienstes organisiert. Ziel des Projektes, das 2009 abgeschlossen wird, ist es alle Patienten in ein strukturiertes, umfassendes Entlassungsmanagement zu überführen. Somit ist eine systematische, geplante Entlassung bzw. Überleitung der Patienten in die Häuslichkeit und nachsorgenden Institutionen gewährleistet.

3. Personalentwicklung

Personalentwicklung ist ein fortlaufender, langfristig systematisch angelegter Prozess. Er leitet sich aus den Unternehmenszielen der GLG mbH ab. Die Personalentwicklung der vier Krankenhäuser der GLG hat einen hohen Stellenwert. Beispiele hierfür sind ärztliche Fort- und Weiterbildungen, interne und externe Fortbildungsprogramme des Pflegedienstes und eine systematische Einarbeitung. Die Handlungsfelder der Personalentwicklung haben sich in ganz verschiedenen Schwerpunkten herausgebildet und stehen für die vier Krankenhäuser bisher noch weitgehend unverbunden nebeneinander. Die GLG mbH beginnt mit einer systematischen Personalentwicklung. Darunter werden alle Maßnahmen verstanden, die die fachliche Qualifikation und soziale Kompetenz ihrer Mitarbeiter steigert und zur Motivation und Zufriedenheit beitragen. Die Planung und Umsetzung der Personalentwicklung berücksichtigt personelle, strukturelle und organisatorische Gesichtspunkte. Die Handlungsfelder und Instrumente der Personalentwicklung sind:

- Einführung neuer Mitarbeiter,
- Nachwuchssicherung,
- System zur Potenzialeinschätzung,
- Fortbildungsprogramme,
- Fachärztliche Weiterbildung,
- Fortbildungscontrolling,
- Gesundheitsförderung.

Ziel dieses Projektes ist es, ein Personalentwicklungskonzept im nächsten Jahr zu erarbeiten und einzuführen.

4. Arbeitsschutzmanagementsystem

Ein GLG-weit einheitliches Arbeitsschutzmanagementsystem hat das Ziel der Senkung von Arbeitsunfallzahlen und die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Angelehnt an den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ergeben sich für das Arbeitsschutzmanagementsystem folgende Punkte:

- **Planung:** Die Gefährdungserkennung, Risikoeinschätzung und darauf folgende Festlegung der Maßnahmen sind wichtigster Bestandteil des Arbeitsschutzmanagements. Sowohl alltägliche Abläufe als auch seltene Tätigkeiten werden auf Gefahren und Risiken geprüft. Verfahrensanweisungen stellen sicher, dass rechtliche Anforderungen regelmäßig erhoben, bewertet und umgesetzt werden.
- **Umsetzung:** Verantwortlichkeiten (u. a. Sicherheitsbeauftragter, Strahlenschutzbeauftragter) und Programme des Arbeitsschutzmanagement werden aufgestellt und ausgeführt. Wichtige Beispiele sind Beschaffung von Arbeitsmitteln und Persönlichen Schutzausrüstungen, der Umgang mit Fremdfirmen, Kommunikation und Beratung mit den Beschäftigten und ihren Vertretern sowie Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr.
- **Überprüfung:** Nach der Einführung wird das Arbeitsschutzmanagement regelmäßig überprüft. Es wird ein Controlling eingeführt, bei dem die wichtigsten Kennzahlen zur Unfallstatistik und sonstigen Daten erhoben und bewertet werden. Bei Abweichungen werden entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Es werden interne Audits zur Überprüfung der Umsetzungsqualität durchgeführt.
- **Bewerten und Maßnahmen festlegen:** Die Betriebsleitung ist verpflichtet, die Eignung des Arbeitsschutzmanagements in festgelegten Abständen zu bewerten und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen festzulegen.

Dieses Projekt wird im nächsten Jahr umgesetzt.

5. Umweltmanagement

Ziel des Projektes ist die Implementierung von umfassenden Regelungen zum Umweltschutz und Erhalt der Ressourcen. In einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeitern aller Standorte der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH werden folgende Konzepte erarbeitet:

- **Abfallwirtschaftskonzept:** Abfallwirtschaftskonzepte der einzelnen Standorte werden überarbeitet und zu einem GLG-weiten Abfallwirtschaftskonzept zusammengeführt. Ziel ist die Vermeidung von Abfall durch gezielte Einkaufsstrategien, Trennung von Abfall zur Sicherung der maximalen Wiederverwertung und kostengünstiger Entsorgung.
- **Wassernutzungskonzept:** Dieses Konzept umfasst die Erarbeitung von Möglichkeiten zum Einsparen von Wasser unter Beachtung wasserhygienischer Bedingungen durch den Einsatz von Perlatoren, Spartasten und Einhebelmischer sowie der Nutzung von Regenwasser.
- **Energienutzungskonzept:** Das Energienutzungskonzept umfasst vier Teilgebiete - Heizungsanlagen, Gebäudemaßnahmen, Elektroenergie und personelle Maßnahmen. Ziel dieses Konzeptes ist die Einsparung und effizientere Nutzung der Energien.
- **Einkaufskonzept:** Das Einkaufskonzept beinhaltet eine Bewertung der Artikel und Geräte nach Energieeffizienz, ökologische Entsorgungsmöglichkeit, Entsorgungsaufwand und Medienaufwand.

6. Medizinisches Risikomanagement

Zur Erhöhung der Patientensicherheit wurden Aktivitäten initiiert, u.a. auch ein Frühwarnsystem - Critical Incident Reporting System (CIRS) - zu implementieren. Ziel dieses Risikomanagements ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozessen, sowie die Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dafür werden im nächsten Jahr in den Kliniken der GLG mbH Strukturen implementiert, die eine systematische und methodisch fundierte Ursachenanalyse von Beinahevorkommnisse ermöglichen. Dies beinhaltet die Installation einer Software zur Meldung von Beinahevorkommnissen, die Einrichtung von Meldekreisen und die Auswahl von CIRS-Beauftragten für die Auswertung der Meldungen. Durch die Einführung dieses Fehlermeldesystems ist es den Mitarbeitern möglich, schnell, unbürokratisch und anonym kritische Ereignisse oder Beinahevorkommnisse zu beschreiben und aus ihrer Sicht vorzuschlagen, was zur künftigen Vermeidung getan werden kann. Dabei geht es nicht um die Suche nach Schuldigen, sondern um die Veränderung von Systemen, Prozessen und Abläufe, um künftig dieses Fehler bzw. Ereignisse zu vermeiden. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit ihre Berichte in elektronischer Form oder mittels Dokumentenvorlage abzugeben. Die eingegangenen Meldungen werden in dezentralen interdisziplinären Teams ausgewertet. Bei dieser dezentralen Struktur der Auswertungsteams haben wir eine zentrale Stelle eingerichtet um alle eingehenden Meldungen zu anonymisieren und ggf. Sofortmaßnahmen einzuleiten. Durch die zentrale Stelle wird die Koordination von klinikübergreifenden bzw. abteilungsspezifischen Maßnahmen vorgenommen und das Lernpotenzial dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

7. Festlegung der Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze

Die Ziele dieses Projektes, welches in 2009 abgeschlossen wird, bestehen darin die Arbeit in Leitungsgremien zu optimieren, Regelungen zur Zusammenarbeit für Führungskräfte zu erstellen, das Vier-Augen-Prinzip sicherzustellen sowie die Kommunikation und Umsetzung von Entscheidungen und Beschlüssen zu sichern. Um diese Ziele zu erreichen werden die Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze erarbeitet, eine Maßnahmenplanung in den Leitungsgremien und Kommissionen mit Festlegung der Verantwortlichkeiten und zeitlicher Planung entwickelt und neue Sitzungsrhythmen eingeführt.

8. Kennzahlensystem / qualitätsrelevante Daten

Die zunehmende Bedeutung der Qualitätsdaten führen dazu, dass innerhalb der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ein Managementsystem erstellt wird, das der mehrdimensionalen Leistungsmessung und Unternehmenssteuerung dient. Ziel dieses Projektes ist die Ermittlung qualitätsrelevanter Daten mit entsprechenden Zielvorgaben sowie die Entwicklung eines strukturierten Berichtswesens dieser Daten mit Festlegung der Verantwortlichen und der Verbesserungsmaßnahmen. Im Rahmen klassischer Projektgruppenarbeit werden die Ziele, Inhalte und Berichtsnotwendigkeiten für die medizinische Ergebnisqualität definiert. Mit den Mitarbeitern werden aus ihrer Sicht wünschenswerte Informationen definiert, die aus Sicht der Nutzer die Qualitätsoptimierung in der Leistungserbringung erleichtern. Hierbei werden interne und externe Auswertungen und Auswertungsmöglichkeiten vorgestellt, weitere Möglichkeiten erarbeitet und abschließend für die interne und externe Kommunikation geeignete Kennzahlen ausgewählt. Für die Bestimmung weiterer Kennzahlen werden Vorschläge durch das Medizincontrolling erarbeitet. Hierbei werden sowohl bereits vorhandene Datengrundlagen genutzt wie auch Daten mit Vergleichspotenzial. Besonders beachtet werden auch die Relevanz und das Optimierungspotenzial im Unternehmen. Grundlage des Kennzahlensystems ist die BalanceScore-Card. Die Vorschläge werden mit den Verantwortlichen diskutiert, ggf. ergänzt und bei Relevanz für das Krankenhaus aufgenommen. Für alle ausgewählten Bereiche werden Ziele, Art der Kennzahl, Referenzbereiche und die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt. Ergänzend erfolgt die Einigung auf die Kennzahlenverantwortlichen, die Auswertungsrhythmen und das entsprechende Berichtswesen. Dieses Projekt wird sukzessive umgesetzt und in 2009 abgeschlossen.

Projekte der Martin Gropius Krankenhaus GmbH

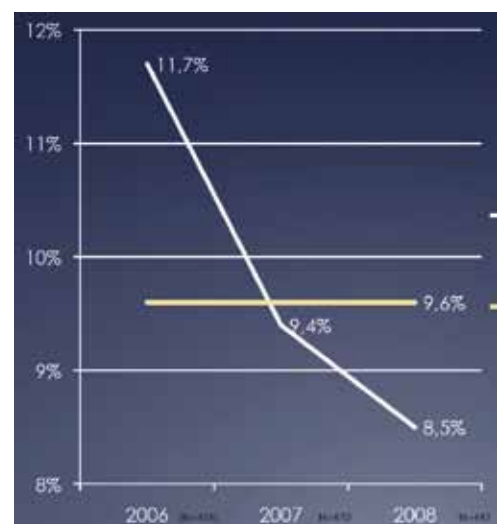
In Abstimmung mit der Muttergesellschaft GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH wurden in der Martin Gropius Krankenhaus GmbH neben den zentral geleiteten Projekten im Berichtszeitraum insgesamt 17 weitere Qualitätsmanagementprojekte mit großem Engagement betrieben. Die in diesem Qualitätsbericht beschriebenen Projekte (siehe auch D-4) konnten bereits abgeschlossen werden.

Stroke Unit

Am 03.09.2007 wurde nach intensiver Vorbereitung die Stroke Unit der Neurologischen Klinik eröffnet. Es handelt sich um eine Station mit 8 Betten am Standort Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus, die entsprechend den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und den Vorgaben der Deutschen Schlaganfallgesellschaft betrieben wird.

Auf der Stroke Unit wird sehr rasch eine exakte Differentialdiagnose durchgeführt, wann immer möglich eine spezifische Therapie und unmittelbar eine medikamentöse Sekundärprophylaxe eingeleitet. Alle erprobten spezifischen Behandlungsmaßnahmen stehen im Hause jederzeit zur Verfügung, von der Auflösung eines Blutgerinnsels in einer Arterie mittels systemischer oder lokaler Thrombolyse bzw. der mechanischen Entfernung von Blutgerinnseln über das Beheben einer Gefäßverengung mittels Operation oder interventionell neuroradiologisch bis hin zur neurochirurgischen Operation. Das Pflegepersonal ist intensiv geschult und auf die Besonderheiten von Schlaganfallpatienten vorbereitet; auf der Station arbeitet ein Team aus spezialisierten Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und einer Neuropsychologin. Die intensive Frührehabilitationsbehandlung beginnt noch am Tag der Aufnahme, auch Samstag und Sonntag. Es finden jeden Tag, auch am Wochenende, fachärztliche Visiten und Untersuchungen statt.

Die Auswertungen zeigen, dass die Sterblichkeit am Schlaganfall in Eberswalde seit Einführung der Stroke Unit von 11,7% (2006) auf 8,5% (2008) zurückgegangen ist.



Schlaganfallsterblichkeit in Eberswalde 2006 - 2008

Leistungsangebot der Psychiatrischen Tagesklinik Bernstein

Die Tagesklinik Bernstein in Bernau ist eine teilstationäre therapeutische Einrichtung des Martin Gropius Krankenhauses Eberswalde. Das Behandlungsangebot richtet sich an Menschen ab 18 Jahren, die unter psychischen Krankheiten leiden, bei denen jedoch eine ambulante Betreuung unzureichend und eine intensivere Therapie erforderlich ist. Die teilstationäre Behandlung kann auch im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt erfolgen, um diesen gegebenenfalls zu verkürzen oder den Übergang in das häusliche Umfeld zu erleichtern.

Zu den psychischen Erkrankungen, die in der Tagesklinik behandelt werden, zählen: Psychosen, Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Somatisierungsstörungen.

Die Tagesklinik Bernstein verfügt über 12 Plätze. Das Therapieangebot findet Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr statt. Die Behandlung erfolgt überwiegend in Gruppen (max. 7 Personen) sowie in Einzeltherapien.

Menschen, die hier behandelt werden, sollten in der Lage sein die Tagesklinik eigenständig aufzusuchen und zu verlassen. In der behandlungsfreien Zeit sollten sie sich selbstständig versorgen können.

Nach einer mit dem stationären Rahmen vergleichbaren Diagnostik werden krankheitsspezifische Behandlungsangebote mit folgenden Elementen gewährleistet:

- Medikamentöse Therapie
- Einzel-/Gruppenpsychotherapie
- Psychoedukation
- Ergo-/ Kreativtherapie
- Lebenspraktisches Training
- Stress-/ Angstbewältigungs-/ Selbstsicherheitstraining
- Kommunikative Bewegungstherapie
- Fitness, Bewegungstraining
- Entspannungs-/ Imaginationsübungen
- Kognitives Training
- Sozialarbeit
- Einbezug der Angehörigen
- Nachsorge/ Vermittlung ambulanter Behandlung

Die Behandlungsziele sind:

- eine Besserung der Krankheitssymptomatik sowie die Förderung der Krankheitsbewältigung
- die Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit
- der Aufbau einer selbstverantwortlichen Lebensgestaltung, Beziehungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit
- das (Wieder-) Erlernen und der Ausbau alltagsrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten
- eine Stärkung des Selbstwertgefühls und eine Steigerung der Lebensqualität

Das multiprofessionelle Team besteht aus Fachärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiterin, Ergotherapeutin, Krankenschwestern und Bewegungstherapeutin.

Qualitätszirkel Angehörigenangebote

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung und Therapie der Patienten in unserem Hause ist die Zusammenarbeit mit deren Angehörigen. Sie soll neben der emotionalen Entlastung und Unterstützung bei der Bewältigung der besonderen Situation insbesondere der Übermittlung und dem Austausch wichtiger Informationen zur Erkrankung des Patienten dienen, aber v. a. auch das Krankheitsverständnis und die Kompetenz der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung fördern, um den Behandlungserfolg bei den Patienten zu unterstützen und Rückfällen vorzubeugen.

Im Martin Gropius Krankenhaus existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote an Angehörige. Im Rahmen eines Qualitätszirkels sollten diese gesammelt, zusammengefasst und Verbesserungspotentiale benannt werden. Ziel dieser Erhebung war und ist eine „bedarfsorientierte Gestaltung von Angehörigenangeboten, die die Heilung des Patienten unterstützen und Familiensysteme in ihrer Betreuungsaufgabe bei psychisch Kranken stärken.“

In Auswertung der Ergebnisse der Befragung von Mitarbeitern sowie Patienten und deren Angehörigen Anfang 2008 konnte festgestellt werden, dass die breite Palette an vielfältigen Angeboten für Angehörige an unserer Einrichtung in Abhängigkeit von ihrem Bekanntheitsgrad in unterschiedlichem Ausmaß von den Angehörigen wahrgenommen wird. Zudem ließen sich drei große Gruppen untergliedern:

- Einzelangebote (z.B. Gespräche/ Telefonate einzelner Angehöriger mit dem Arzt o. Therapeuten), die am häufigsten genutzt werden,
- Systemische Angebote, die mehrere Angehörige bzw. Familien gleichzeitig wahrnehmen können (z. B. Angehörigengruppen, Familiengespräche bzw. -therapien),
- Besondere Angebote (an eine breitere Öffentlichkeit, z. B. Abendsingen, Gottesdienst, Tag der offenen Tür).

Patienten, Angehörige und Mitarbeiter wünschen sich v. a. mehr Zeit für Einzelgespräche sowie mehr Austausch über Informationen zur Erkrankung des Patienten. Auf der Basis dieser ermittelten Wünsche wurden folgende Verbesserungsvorschläge aufgezeigt:

So wurde empfohlen, die Angehörigen in die Behandlung und Therapie des Patienten häufiger und regelmäßiger als bisher, mindestens jedoch 1x/ Monat, einzubeziehen und sie konkreter und umfangreicher über die Erkrankung und deren Therapie (incl. Umgang damit und Rezidivprophylaxe) zu informieren. Außerdem sollten die Kontakte zu ambu-

lanten Helfersystemen wie Ärzten, Wohneinrichtungen oder Begegnungsstätten im Sinne der sozialen Netzwerkbildung ausgebaut werden.

Da die Angehörigen insbesondere systemisch orientierte Angebote bevorzugen, sollten diese Möglichkeiten nicht nur verstärkt, sondern könnten auch durch weitere Alternativen, z.B. Vorträge, Informationsveranstaltungen u. ä., ergänzt werden.

Zur Realisierung o. g. Wünsche und Ziele wird jedoch eine Erweiterung von Kapazitäten an Zeit und Personal als notwendig erachtet, was nicht nur zur Sicherung, sondern auch zur Erhöhung des Qualitätsstandards bei der Behandlung der Patienten in unserer Einrichtung beitragen würde.

Die Darstellung dieser Erkenntnisse in der Klinikleitung regte eine weitere Diskussion in den einzelnen Kliniken des MGKH an. Seither neu entwickelte Ideen sind zum Teil bereits umgesetzt worden. Resultat dessen ist bspw. die Einführung des Angebots einer Gruppe „Psycho-edukative Familienintervention“ (PEFI) auf den Stationen P3/P4. Im Sinne der Netzwerkbildung wird als besonderes Angebot an die Öffentlichkeit 2x/Jahr eine gemeinsame Fortbildung mit Kooperationspartnern stattfinden.

Alle 2 Jahre soll die Umsetzung der geplanten Angebote überprüft und der Stand der Angehörigenangebote aktualisiert werden.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Auf dem Weg zur KTQ-Zertifizierung

Die Martin Gropius Krankenhaus GmbH bereitet sich auf die Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren für Krankenhäuser vor. KTQ steht für Kooperation für Transparenz und Qualität. Es ist ein freiwilliges Verfahren und motiviert, ein internes Qualitätsmanagement im Sinne der Patientorientierung zu implementieren und dieses kontinuierlich zu verbessern. Die Betrachtung der Prozessabläufe steht dabei im Mittelpunkt, die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend sowie interdisziplinär erarbeitet werden.

Die Fragen des KTQ-Kataloges sind 6 Kategorien zugeordnet:

- Patientorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informations- und Kommunikationswesen
- Führung und
- Qualitätsmanagement.

KTQ macht somit die gesamten Leistungen des Krankenhauses transparent.

Die Zertifizierung erfolgt dabei in drei Schritten:

1. Selbstbewertung
2. Fremdbewertung/ Visitation
3. Zertifikatsvergabe/ Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes.

Zur Ermittlung des Verbesserungs- und Veränderungsbedarfs haben wir im Sommer 2008 eine Unternehmensberatungsfirma mit der Durchführung eines KTQ-Kurzchecks beauftragt. Mit ausgewählten Fragestellungen aus dem KTQ-Katalog wurden durch leitende Mitarbeiter die Stärken und Verbesserungspotentiale der Gesamtorganisation des Krankenhauses analysiert.

Eine Ergebnispräsentation der Analyse fand im Rahmen eines Workshops statt, in dem das gesamte Optimierungspotential für die Bearbeitung priorisiert und die Maßnahmeplanung zur Herstellung der Zertifizierungsreife erarbeitet wurde. Zentral sind für alle 4 Krankenhausstandorte des Unternehmensverbundes die im D5-Teil beschriebenen Qualitätsmanagementprojekte: Behandlungspfade, Entlassungsmanagement, Personalentwicklung, Arbeitsschutzmanagement, Umweltmanagement, Medizinisches Risikomanagement, Festlegung der Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätzen sowie Kennzahlensystem qualitätsrelevanter Daten in Form von Projekten vergeben worden. Die Projektbegleitung erfolgt durch die Qualitätskonferenz der GLG.

In der Martin Gropius Krankenhaus GmbH wird eine Vielzahl weiterer qualitätsrelevanter Aufgaben bearbeitet.

Die Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren setzt einen Selbstbewertungsbericht voraus, der im Sommer 2009 erstellt und dann einer akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft übersandt wird. Im Dezember 2010 planen wir einen weiteren Schritt - die Fremdbewertung durch KTQ-Visitoren. In kollegialen Dialogen mit der Geschäftsführung, den Chef- oder Oberärzten, leitendem Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeitern und Abteilungsleitern der Verwaltung wird eine Prüfung der Voraussetzungen anhand der Fragenkomplexe des KTQ-Verfahrens vorgenommen. Bei einer mindestens 55-prozentigen Erfüllung der Anforderungen in jeder Kategorie erfolgt die Empfehlung der Visitoren an die KTQ-Geschäftsstelle zur Zertifikatsvergabe.

Habilitation für Dr. Hubertus Adam an der Universität Hamburg

Im Februar 2008 hat der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters am Martin Gropius Krankenhaus, Dr. Hubertus Adam, seine Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg abgeschlossen und ist zum Privatdozenten mit Lehrbefugnis ernannt worden. Das Thema seiner Habilitationsschrift lautet: „Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern - eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen“. Dr. Hubertus Adam engagiert sich zu diesem Thema in verschiedenen assoziierten Projekten der interdisziplinären Gruppe

„Konfliktbewältigung in Nachkriegsgesellschaften“ der Universität Hamburg, wie z.B. „Ambulanz für Flüchtlingskinder und Ihre Familien“. Die von Dr. Hubertus Adam in Hamburg angebotenen Wochenendseminare tragen auch dazu bei, das Interesse von Studierenden der Medizin in Hamburg für den Standort Eberswalde zu wecken.

Interdisziplinäres schlafmedizinisches Zentrum bestätigt die DGSM-Akkreditierung

Das seit der Gründung durch Herrn CA Dr. Kummer geleitete interdisziplinäre schlafmedizinische Zentrum erfuhr im Berichtszeitraum die Reevaluation zur Akkreditierung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind sowohl ambulant als auch stationär am Standort Martin Gropius Krankenhaus GmbH und weiteren Klinikstandorten der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit GmbH in enger Kooperation möglich und umfassen Angebote für Menschen jeden Alters und vielfältige Fragestellungen zum Thema Schlafstörungen. Die Leitlinien der DGSM zur Akkreditierung eines Schlaflabors regeln explizit die räumlichen Voraussetzungen, technischen Ausstattungen und personellen Strukturen. Die in zweijährigem Rhythmus stattfindenden Reevaluationen sichern den hohen Qualitätsanspruch der DGSM und die Möglichkeit der vorteiligen Kommunikation. Das interdisziplinäre Zentrum erfüllte die anspruchsvollen Qualitätsvorgaben und wurde als akkreditiertes DSGM Schlaflabor bestätigt.

Rauchfreies Krankenhaus mit DNRfK Zertifikat

Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seiner schädlichen Gesundheitsfolgen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Ihre Aufgabe besteht nicht nur darin, zum Schutz der Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen; Raucher sind bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für die Patienten wie auch für das Krankenhauspersonal. Damit möglichst viele Krankenhäuser rauchfrei werden, förderte das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.06.2008 den Aufbau eines Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) im Rahmen eines dreijährigen Modellprojektes. Die Martin Gropius Krankenhaus GmbH erfüllte die Aufnahmebedingungen des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK), u.a. durch eine Umfrage mit 127 beteiligten Mitarbeitern und daraus resultierenden Projekten, und erhielt das „Certificate of Membership - European Network Smoke-Free Hospital“.

Schlusswort

Qualität ist ein Ziel, das niemals vollständig erreicht werden kann, sondern immer neue Aufgaben stellt. Es handelt sich damit um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, den wir in unserer Arbeit täglich gestalten.

IMPRESSUM

Herausgeber

Martin Gropius Krankenhaus GmbH

Verantwortlich für den Inhalt

Harald Kothe-Zimmermann, Geschäftsführer

Redaktion

Monika Born, Verwaltungsleiterin

Chefärzte der Kliniken und Leiter der Abteilungen

Christiane Reinefeldt, Pflegedirektorin GLG und Leiterin der zentralen Abteilung Qualitätsmanagement

Dr. med. Heide Wiechmann, Medizin-Controllerin GLG

Marcel Szendzielorz, Assistent der Pflegedirektion GLG

Cornelia Fritsche, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Ronald Kühn, Mitarbeiter im Qualitätsmanagement

Dana Tiefensee, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Fotos

Klaus Mihatsch, Renate Stiebitz, Hans Wiedl

Layout und Herstellung

Grit Götz, Grafikdesign

Andreas Gericke, GLG Öffentlichkeitsarbeit

Druckerei Nauendorf GmbH, Angermünde

Gesundheit für die Region!