



Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2021

Erstellt am 31.12.2022





Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	6
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9	Anzahl der Betten	16
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	34
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	36
B-1	Allgemeine Psychiatrie.....	36
B-2	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	45
B-3	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung.....	53
C	Qualitätssicherung.....	61
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	61



C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	61
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	63
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	66
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	66
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	66
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	67
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	67
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	67
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	67
D	Qualitätsmanagement.....	68
D-1	Qualitätspolitik	68
D-2	Audits	69
D-3	Risikomanagement.....	70
D-4	Zertifizierungen.....	71
D-5	Meinungsmanagement	71
D-6	Ideen- und Innovationsmanagement.....	71
D-7	Befragungen.....	72
D-8	Projektmanagement.....	72



Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION gAG ist in diesem Jahr 20 Jahre alt geworden. Von Anfang an hatten wir den Anspruch, unseren Patient:innen zugewandte und ganzheitliche Medizin und Pflege nach modernen Qualitätsstandards zu bieten. Die Organisation und Medizinstrategie wurden beständig weiterentwickelt, um neuen Trends einen Schritt voraus zu sein und um die Expert:innen stärker in die Mitgestaltung und Ausarbeitung innovativer Ideen einzubeziehen.

Die hohe Qualität bei AGAPLESION ist das Ergebnis unserer guten Zusammenarbeit und von intern und externen Qualitätsprüfungen (Auditprogrammen). Unseren mehr als 22.000 Mitarbeiter:innen bieten wir umfangreiche Fort- und Weiterbildungen, die Ausgestaltung persönlicher Karrierewege und die Partizipation aller Hierarchieebenen. Einfach ausgedrückt: Wir möchten, dass sie gerne zu uns kommen, weil sie sich auf ihre Kolleg:innen und ihre Aufgaben freuen.

... Kultur: Als christlicher Gesundheitskonzern messen wir einer Gemeinschaft, die von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist, eine hohe Bedeutung bei. Sie trägt dazu bei, dass Mitarbeiter:innen ihr kreatives Potenzial einbringen und ihre Arbeit als sinnhaft und erfüllend empfinden. Gesundheitsdienstleistungen sind derart komplex geworden, dass kollaboriertes Arbeiten und Interdisziplinarität enorm an Bedeutung gewonnen haben.

... Austausch: Unsere Mitarbeiter:innen treffen sich zu Gremien und Expert:innenboards zu unterschiedlichen Themen. Gemeinsam erarbeiten sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen für alle Unternehmensbereiche. Neue Projekte können in Piloteinrichtungen getestet, auf die Bedürfnisse vor Ort angepasst und konzernweit übernommen werden. So stellen wir sicher, dass neue Ideen unseren hohen Qualitätsansprüchen genügen.

... Interdisziplinarität: Komplementäre Fachabteilungen sorgen für einen ganzheitlichen 360-Grad-Blick auf unsere Patient:innen. Die Expertise und die Routine der Teams bei komplexen Eingriffen sind hoch, und sie verfügen über eine exzellente medizintechnische und räumliche Ausstattung. Unsere Kliniken haben zahlreiche Zertifizierungen als Nachweis z. B. für die onkologische, endoprothetische, traumatologische und kardiologische Expertise.

Qualität ist für uns eng gekoppelt an motivierte und inspirierte Mitarbeiter:innen, die sich in einem attraktiven Unternehmen persönlich und fachlich weiterentwickeln möchten. Gemeinsam tun unsere Teams alle dafür, damit sich unsere Patient:innen und deren Angehörige bei AGAPLESION medizinisch und pflegerisch gut versorgt und behandelt wissen. Wir sind vertrauensvolle und verlässliche Wegbegleiter in persönlich herausfordernden Zeiten.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Hochweitzschen, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

Das Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen als Fachklinik mit einer langen Tradition und als Teil des AGAPLESION-Verbundes stellt die stationäre psychiatrische Versorgung für etwa 250.000 Einwohner im Landkreis Mittelsachsen sicher. Die Versorgungsstruktur ist vollumfänglich aufgebaut, sowohl stationäre und teilstationäre wie auch ambulante Behandlungsangebote gehören zu unserem Leistungsportfolio.

Die stationäre Versorgung konzentriert sich am Standort Hochweitzschen, teilstationäre Leistungen werden in zwei Tageskliniken in Döbeln und Freiberg angeboten. Die ambulante Versorgung erfolgt in Psychiatrischen Institutsambulanzen an den Standorten Döbeln, Hochweitzschen und Freiberg. Maßstab allen Handelns sind Wert und Würde menschlichen Lebens. Der Behandlungsansatz orientiert sich am einzelnen Patienten und bezieht seine soziale Umgebung ein. Vertrauen zwischen Patienten und Behandelnden ist die Grundvoraussetzung für einen Therapieerfolg. Genesung und gesundheitliche Stabilisierung unserer Patienten ist unser oberstes Ziel. Wir legen Wert darauf, unseren Patienten mit Achtung und Respekt zu begegnen. Wir verbinden eine starke Tradition des "Dienens aus christlicher Nächstenliebe" mit bewährten fachlichen Leitbildern.

Qualität wird im Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen großgeschrieben. Bereits seit 2010 verfügen wir über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001.

Wir nutzen die Zertifizierungsverfahren dazu, die Wirksamkeit unseres QM-Systems zu überprüfen, Verbesserungspotenziale zu erkennen und entsprechend umzusetzen. Dabei muss das Ergebnis für unsere Patienten spürbar sein, was sich für uns in einer höheren Patientenzufriedenheit ausdrückt.

Bei Fragen zum Qualitätsbericht steht Ihnen Frau Olga Madeckt (Qualitätsmanagement- und Risikomanagementbeauftragte) unter der Telefonnummer 03431/656-185 oder per E-Mail (olga.madeckt@ediacon.de) zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie unter www.bethanien-hochweitzschen.de.

Das Krankenhausdirektorium, vertreten durch den Betriebsdirektor Herr Andreas Lehr, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Lehr
Betriebsdirektor



Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Olga Madeckt
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	olga.madeckt@ediacon.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.agaplesion-mitteldeutschland.de/>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de/>



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen
Hausanschrift	Hochweitzschen 1 1 04720 Großweitzschen
Zentrales Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
Zentrale E-Mail	info@bethanien-hochweitzschen.de
Postanschrift	Postfach 2353 04713 Döbeln
Institutionskennzeichen	261401201
URL	http://www.bethanien-hochweitzschen.de

Weitere relevante IK-Nummern	
Institutionskennzeichen:	261401201

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor/Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-103
E-Mail	francisco.pedrosagil@diacon.de



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Petra Hundrieser
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	petra.hundrieser@ediacon.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort

Standortname:	Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen
Hausanschrift:	Hochweitzschen 1 1 04720 Großweitzschen
Telefon:	03431/656-0
Fax:	03431/656-202
Postfach:	2353 04713 Döbeln
Institutionskennzeichen:	261401201
Standortnummer aus dem Standortregister:	773263000
Standortnummer (alt)	01
URL:	http://www.bethanien-hochweitzschen.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Ärztlicher Direktor/Chefarzt Klinik für Allgemeinpsychiatrie/ Chefarzt Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-103
E-Mail	francisco.pedrosagil@ediacon.de



Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Chefärztin Klinik für Suchtmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrike Ernst
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-117
E-Mail	ulrike.ernst@ediacon.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Petra Hundrieser
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	petra.hundrieser@ediacon.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Betriebsdirektor
Titel, Vorname, Name	Andreas Lehr
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	andreas.lehr@ediacon.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universitäten	Universität Leipzig Hochschule Nordhausen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	Kommentar / Erläuterung: Akupressurbehandlung wird in unserem Fachkrankenhaus angewendet bei Kopfschmerzen und Verspannungszuständen
MP02	Akupunktur	Akupunktur wird angewandt bei Begleiterkrankungen wie, chronische Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, Kopfschmerzen und bei Tinnitus. Ziel dieser Behandlung ist, Linderung oder Beschwerdefreiheit zu erreichen.
MP53	Aromapflege/-therapie	bei Paten:innen, die achtsamer und bewusster leben möchten, unter psychosomatischen Beschwerden leiden, unter innere Unruhe und Erschöpfung leiden, Zielerreichung von Verbesserung von Körperbewußtsein u. Körpergefühl, Förderung der Entspannungsfähigkeit, schwierigen Gefühlen , Krankheit und Schmerz.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Atemgymnastik erfolgt bei Pneumoniepatienten und bei Patienten:innen mit einer vorangegangenen Pneumonie in der Physiotherapie.
MP06	Basale Stimulation	Durchführung erfolgt in der Grundkrankenpflege durch das Pflegepersonal und die Pflegeschüler:innen.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Beratungen werden durch Ärzte und Mitarbeitende des Sozialdienstes durchgeführt.
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Die Physikalische Therapie ist im Leistungsspektrum der Physiotherapie enthalten. Die Therapie erfolgt nach Indikation auf ärztliche Anordnung. Ausführungen von Bewegungen unter Abnahme der Schwerkraft welche oftmals sonst nicht schmerzfrei möglich sind.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Bobath-Konzept zur Therapie von neurologischen Erkrankungen v.a. bei Patienten mit Paresen mit konzeptspezifischer Befunderhebung. Hemmung von abnormen Reflexaktivitäten. Ziel ist, wieder einen normalen Bewegungsablauf zu erlernen.



MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Verschiedene Diätformen und Ernährungsberatung möglich, insbesondere für Diabetiker. Psychoedukation, BELA (Bewegung-Ernährung-Lernen-Akzeptieren) sind spezielle Ernährungsleitlinien in unserem Haus.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Wird schwerpunktmäßig durch den Sozialdienst durchgeführt und durch die Pflege ergänzt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie hilft Menschen, die durch Krankheit oder Behinderung in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Als Therapiemittel dienen kreatives, freies Gestalten mit verschiedenen Werkmaterialien, sowie stützende, strukturierende handwerklichen Techniken.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Reflexzonenmassage am Fuß gehört in den Bereich der Komplementärmedizin und fördert die Selbstheilungskräfte des Menschen.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durchführung von Hirnleistungstraining zur Verbesserung der Merkfähigkeit, Förderung durch Konzentrationsübungen in Rahmen eines Rehacom-Programmes.
MP21	Kinästhetik	Durchführung erfolgt im Pflegeprozess durch das Pflegepersonal.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Diese Therapieform bietet die Möglichkeit über Malen, plastisches Gestalten eine andere Ausdrucksform zu finden als das gesprochene Wort. Es können Probleme und Konflikte, aber auch besondere Fähigkeiten, die mit Worten schwer erfassbar sind, sichtbar und greifbar gemacht werden.
MP25	Massage	Vor allem klassische und Bindegewebs-Massage zur Muskelentspannung und Schmerzlinderung.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Manuelle Therapie ist eine Behandlung von Dysfunktionen am Bewegungsapparat mit dem Ziel des Erhalts oder der Wiederherstellung normaler Gelenkfunktionen durch die Beeinflussung der funktionellen Gewebsstruktur.



MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Hydro-/Balneotherapie sind die Anwendung von Bädern (Stangerbäder) und Güssen. Dies hat eine positive Wirkung auf den Wärmehaushalt, Nervensystem, Stoffwechsel, Kreislauf, Atmung, Immunsystem und Hautfunktion.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Krankengymnastik, als Einzel- und Gruppentherapie wird für stationäre und ambulante Patienten:innen angeboten.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Kommunikative Bewegungstherapie, ist eine Gruppentherapie mit einer psychotherapeutischen Komponente in Zusammenarbeit mit Psychologen:innen und Psychotherapeuten:innen.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Als Prävention wird für die Mitarbeitenden das Rückentraining im Sinne der Gesundheitserhaltung angeboten. Wirbelsäulengymnastik wird auf ärztl. Anforderung durchgeführt.
MP63	Sozialdienst	Die Mitarbeitenden arbeiten im stationären, teilstationären und ambulanten aufsuchenden Sozialdienst. Einzel- und Gruppenkontakte unterstützen die Klärung sozialer Probleme. Vermittlung in weiterführende Angebote.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Zur Anleitung und Beratung bezüglich der Sturzprophylaxe werden Gesprächsführungen durchgeführt. Pat. und Angehörige erhalten zur Sturzprävention einen Informationsflyer.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	PMR, Autogenes Training, Qi Gong, Tai Chi werden als Entspannungsmethoden angeboten.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	1. Pflgeanamnese 2. Pflegeplanung 3. Pflegevisite Pflegemaßnahmen und Pflegeziele werden mit den Patienten bzw. mit den gesetzlichen Vertretern festgelegt. Die persönlichen Ressourcen der Patienten werden genutzt, gefördert und erweitert.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Sporttherapie/Bewegungstherapie sollen die Verbesserung der Muskelkraft und Förderung der Beweglichkeit ermöglichen.



MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Logopädie erfolgt nach Bedarf durch externe Dienstleister.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Fangopackungen und Kryotherapie werden als vorbereitende Maßnahmen vor Massagen, Manuelle Therapie und Krankengymnastik angewendet.
MP51	Wundmanagement	Um eine qualitätsgerechte Wundversorgung zu gewährleisten, wurde die Wunddokumentation überarbeitet. Dabei stehen die Anforderungen der neuen Erkenntnisse der ICW e. V im Vordergrund und werden durch den Wundexperten überprüft.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen ist gegeben.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Mittelsachsen, Kontakt über Trialog und PSAG.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Angehörigengespräche mit Therapeuten finden statt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM68	Abschiedsraum	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/verpflegung-cafeteria	vegetarische und vegane Küche werden in unserem Haus angeboten. Dies erfolgt nach Abstimmung mit der Küchenleitung.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/zimmer-ausstattung	Das Fachkrankenhaus verfügt über mehrere Einbettzimmer mit Nasszelle.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/freizeit-sport	



NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Abhängigkeitsbereich Vorstellung der umliegenden Rehabilitationseinrichtungen z. B. "Haidehof Weinböhlä" (Alkohol/Medikamenten Rehaklinik). Sozialarbeiter/Therapeuten kommen 1x im Monat zum Informationsaustausch in das Krankenhaus. Vorstellung u.a. der Drogenklinik, Kurort Gohrisch, Sächs. Schweiz.
NM42	Seelsorge	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge	Einzelgespräche finden nach Vereinbarung statt. Alle 14 Tage finden im Andachtsraum Gottesdienste statt. Durch Aushänge werden die Zeiten bekannt gegeben.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilforganisationen	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/selbsthilfgruppen	Selbsthilfgruppen für Abhängigkeitskranke werden wöchentlich in der Psychiatrischen Institutsambulanz durchgeführt.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/zimmer-ausstattung	Das Fachkrankenhaus verfügt nur über Ein- und Zweibettzimmer mit Nasszelle.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/zimmer-ausstattung	Das Fachkrankenhaus verfügt über Zwei-Bettzimmer mit eigener Nasszelle.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Patienten:innen werden durch die Mitarbeitende der Klinik in Empfang genommen und in die entsprechende Abteilungen begleitet.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Funktion	Patientenführsprecherin
Titel, Vorname, Name	Anett Hünersen
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	info@bethanien.hochweitzschen.de



A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Aufzüge mit Sprachansage sind in den Bereichen vorhanden
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	ist gegeben
BF11	Besondere personelle Unterstützung	ist in allen Bereichen gegeben
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF24	Diätische Angebote	Ernährungsberatung und Diäten.
BF25	Dolmetscherdienst	Dolmetscherdienste werden je nach Notwendigkeit angefordert
BF21	Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Bettenlift, Patientenlifter, Mobilisierungshilfen
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Hilfsmittel sind vorhanden
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Andachtsraum vorhanden
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	ist im Gebäude vorhanden
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Nutzung im Eingangsbereich und Cafeteria sowie auf Station möglich
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Auf allen Stationen vorhanden
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Patientenleitsystem
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	größere Blutdruckmanschette
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Auf allen Stationen der Bereiche vorhanden
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen.
BF23	Allergenarme Zimmer	Allergenarme Zimmer.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Auf allen Stationen vorhanden.
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	Alle Zimmer sind mit Signalanlagen ausgestattet.
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	Informationen werden in leicht verständlicher, klarer Sprache übertragen.



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL09	Doktorandenbetreuung
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	Einsatz im Küchenmanagement und beratend im Stationsbereich.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Ergotherapeuten:innen sind in der zentralen Ergotherapie sowie dezentral im stationären Bereich tätig.
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin sind im stationären Bereich tätig.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Physiotherapeuten:innen sind in der zentralen Physiotherapie sowie dezentral im stationären Bereich tätig.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	sind im stationären Bereich eingesetzt.
HB09	Logopädin und Logopäde	In Zusammenarbeit mit einer externen Praxis.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	sind im stationären Bereich eingesetzt.
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	sind im stationären Bereich eingesetzt.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	121

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1573
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0



A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,17	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,09	
Nicht Direkt	0,16	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,65	
Nicht Direkt	0	



Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,16	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0,16	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften



Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 63,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,94	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 9,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,27	Bereiche: Zentrale Aufnahme, allgemeine Stationskostenstelle
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,27	Bereiche: Zentrale Aufnahme, allgemeine Stationskostenstelle
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,37

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,37	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,65	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,93

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,93	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 3,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,37	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,62	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,6

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,6	
Nicht Direkt	0	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 3,34

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,34	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,98	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,74



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,73	
Nicht Direkt	0,01	

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Olga Madeckt
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	olga.madeckt@ediacon.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	KHD, Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie, Klinik für Suchtmedizin, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Bereich Qualitätsmanagement.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---------------------------	--

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Olga Madeckt
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	olga.madeckt@ediacon.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	KHD, Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie, Klinik für Suchtmedizin, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Bereich Qualitätsmanagement.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise



A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagementhandbuch Datum: 06.01.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: VA Medizinische Notfälle Datum: 22.11.2019
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Verfahrensanweisung Sturzmanagement Datum: 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Verfahrensanweisung Dekubitusmanagement in der Pflege Datum: 04.05.2020
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Durchführungsrichtlinien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen Datum: 06.07.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: VA KIS-Ausfall, Ärztliche Verlaufsdokumentation/(Nicht-) Medizinische Leistungsanforderung/Telefonverzeichnis bei Ausfall Kiss Medico Datum: 10.02.2020
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel - Ärztekonzferenzen, Teambesprechungen, Supervision - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Informationsblatt Patientenarmbänder Datum: 13.01.2020
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Datum: 09.11.2020

A-12.2.3.1 **Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems**

Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patientensicherheit	Einsatz von Patientenarmbändern, CIRS, Umsetzung von Hygienerichtlinie, Kommunikation wurde verbessert, Standards und Verfahrensanweisungen wurden aktualisiert, Schullungen zu verschiedenen Themen wurden durchgeführt (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Arzneimittel, Deeskalation).



Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.05.2020

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF00	Sonstiges

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Diese Leistung werden über Dritte (BZH Freiburg) Dr. med. S. Geßner erbracht.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	ab 01.02.2021 im FBH mit 0,5 VK vertraglich geregelt und entspricht dem Risikoprofil der Klinik
Hygienebeauftragte in der Pflege	10	Für jede Klinik Bereich ist eine Hygienebeauftragte festgelegt.

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich



Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Chefarzt/Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-103
E-Mail	francisco.pedrosagil@ediacon.de

A-12.3.2 *Weitere Informationen zur Hygiene*

A-12.3.2.1 **Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 **Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt
-------------------------------	---

A-12.3.2.3 **Umgang mit Wunden**



Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter
aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von
infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren
Notwendigkeit einer sterilen
Wundaufgabe Ja

e) Meldung/Dokumentation bei
Verdacht auf postoper.
Wundinfektion Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgeminestationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Nein

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Keine Intensivstation vorhanden

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Nein

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA

Standardisierte Information (MRSA)
erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-
Netzwerke Ja

Informationsmanagement für MRSA
liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening
(aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		zwei mal jährlich Schulungen durch Hygienefachkraft

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das FBH verfügt über ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement. Der Umgang mit Beschwerden ist in einer VA geregelt. Alle Patienten:innen, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen haben die Möglichkeit ihre Beschwerden und Hinweise zu äußern. Das Vorbringen der Beschwerden kann in schriftlicher und mündlicher Form erfolgen. Das Formular liegt im Krankenhaus aus. Die Beschwerde kann über den Patientenbriefkasten oder auch direkt eingereicht werden.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:inn eine schriftliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch das zuständige Mitglied des Krankenhausdirektoriums zukommt. Zum Abgleich der schriftlichen Beschwerden, werden alle Eingänge erfasst und regelmäßig ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:innen eine mündliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch das zuständige Mitglied des Krankenhausdirektoriums zukommt. Zum Abgleich der mündlichen Beschwerden, werden alle Eingänge erfasst und regelmäßig ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Für uns sind Beschwerden keine negativen Ereignisse, sondern eine Chance, mit subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten besser umzugehen und aus objektiv auftretenden Defiziten zu lernen sind Verbesserungen abzuleiten. Patienten:innen, Angehörige und andere für uns relevanten Personen, die sich beschweren, sind unsere Partner:innen. Beschwerden werden von uns sehr ernst genommen.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Der Beschwerdeführer:inn (wenn bekannt) wird über den Empfang der Beschwerde unverzüglich informiert.



Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Im regelmäßigen Rhythmus werden von unserem Fachkrankenhaus Einweiserbefragungen durchgeführt. Das Ziel dieser Befragungen soll sein, bestehende Kritikpunkte zu eruieren, um somit die Kooperation zu verbessern.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen mit anonymen Fragebögen in unserem Fachkrankenhaus durchgeführt. Die Auswertungen der Fragebögen werden regelmäßig durch die Qualitätsbeauftragte vorgenommen. Ziel ist es, persönliche Eindrücke und Meinungen über den Aufenthalt der Patienten:innen im Fachkrankenhaus zu ermitteln. Der eingesetzte Fragebogen enthält Fragestellungen mit konkretem Bezug zur Aufnahme, zur Station und Unterbringung, zur ärztlichen Behandlung und Pflege.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>

Kommentar Hr. Andreas Lehr (Betriebsdirektor) Telefon: 03431/656-0 Fax: 03431/656-202
info@bethanien-hochweitzschen.de

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Betriebsdirektor

Titel, Vorname, Name Andreas Lehr

Telefon 03431/656-0

Fax 03431/656-202

E-Mail info@bethanien-hochweitzschen.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>

Kommentar Ansprechpersonen für das Beschwerde Management mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben sind benannt.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion Patientenfürsprecherin

Titel, Vorname, Name Anett Hünersen

Telefon 03431/656-0

Fax 03431/656-202

E-Mail info@bethanien-hochweitzschen.de



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-202
E-Mail	francisco.pedrosagil@ediacon.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen



zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:
Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.
Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.
- Entlassung:
Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von Patienten:inneninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	



AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 10.01.2020
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	Die 24h-Notfallverfügbarkeit des Elektroenzephalographie-Gerätes unseres Hauses ist nicht gegeben.

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Ja (siehe A-14.3)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind



A-14.4 Kooperationsvereinbarung mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-103
E-Mail	francisco.pedrosagil@ediacon.de
Straße/Nr	Hochweitzschen 1
PLZ/Ort	04720 Großweitzschen OT Hochweitzschen
Homepage	http://www.bethanien-hochweitzschen.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Klinik für Gerontopsychotherapie und Gerontopsychotherapie
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, Krisenintervention
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Regelbehandlung und Psychologische Psychotherapie
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Psychologische Psychotherapie, Krisenintervention



VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Krisenintervention
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Regelbehandlung und psychologische und ärztliche psychologische Psychotherapie sowie Krisenintervention
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz mit Außenstellen in Hochweitzschen, Döbeln und Freiberg
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	587
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	128	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
2	F20	82	Schizophrenie
3	F32	76	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
4	F43	63	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
5	F10	41	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
6	F60	21	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
7	F31	20	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
8	F41	18	Sonstige Angststörung
9	F25	15	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
10	F19	13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen



B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	3409	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	615	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-984	127	Pflegebedürftigkeit
4	9-617	56	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
5	9-618	47	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
6	9-640	36	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
7	3-200	28	Native Computertomographie des Schädels
8	9-647	24	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
9	3-800	16	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
10	9-619	16	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz Döbeln	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.



B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 108,7037

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,84



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 206,69014

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF40	Sozialmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,23



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 32,19967

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 231,10236

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr



Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1431,70732

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement

B-1.11.3 *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,5



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,42	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 413,38028

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 533,63636

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0,15



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3913,33333

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 381,16883



B-2 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	2951
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-103
E-Mail	francisco.pedrosagil@ediacon.de
Straße/Nr	Hochweitzschen 1
PLZ/Ort	04720 Großweitzschen
Homepage	http://www.bethanien-hochweitzschen.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Klinik für Gerontopsychotherapie und Gerontopsychotherapie
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, Krisenintervention
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Regelbehandlung und Psychologische Psychotherapie
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Psychologische Psychotherapie, Krisenintervention
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Krisenintervention



VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Regelbehandlung und psychologische und ärztliche psychologische Psychotherapie sowie Krisenintervention
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz mit Außenstellen in Hochweitzschen, Döbeln und Freiberg
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	341
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F05	121	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
2	F33	79	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
3	F32	35	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
4	G30	23	Alzheimer-Krankheit
5	F06	20	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
6	F20	14	Schizophrenie
7	F31	9	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
8	F01	7	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn
9	F10	6	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
10	F41	6	Sonstige Angststörung

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	2125	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-984	233	Pflegebedürftigkeit
3	9-617	180	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
4	9-607	160	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen



5	3-200	143	Native Computertomographie des Schädels
6	9-618	49	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
7	8-630	45	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
8	9-619	27	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
9	1-207	24	Elektroenzephalographie [EEG]
10	1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz Döbeln

Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein



B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 89,73684

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 121,35231



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF40	Sozialmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 20,33393



Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 129,65779

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 147,61905



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,51	
Ambulant	0,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 668,62745

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,66



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 516,66667

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1420,83333



B-3 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
Fachabteilungsschlüssel	2950
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin der Klinik für Suchtmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrike Ernst
Telefon	03431/656-0
Fax	03431/656-117
E-Mail	ulrike.ernst@ediacon.de
Straße/Nr	Hochweitzschen 1
PLZ/Ort	04720 Großweitzschen OT Hochweitzschen
Homepage	http://www.bethanien-hochweitzschen.de

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Klinik für Gerontopsychotherapie und Gerontopsychotherapie
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, Krisenintervention
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Regelbehandlung und Psychologische Psychotherapie
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Psychologische Psychotherapie, Krisenintervention
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Krisenintervention



VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Regelbehandlung und psychologische und ärztliche psychologische Psychotherapie sowie Krisenintervention
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz mit Außenstellen in Hochweitzschen, Döbeln und Freiberg

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	645
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	389	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F15	108	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein
3	F12	70	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
4	F19	61	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
5	F11	7	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opiode)
6	F13	5	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
7	F32	< 4	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
8	F33	< 4	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
9	F45	< 4	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
10	F62	< 4	Andauernde Persönlichkeitsveränderung, nicht als Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	4382	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	624	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-647	623	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
4	9-984	30	Pflegebedürftigkeit



5	9-617	14	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
6	3-200	10	Native Computertomographie des Schädels
7	1-207	8	Elektroenzephalographie [EEG]
8	9-618	7	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
9	9-645	6	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
10	3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz Döbeln

Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein



B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,09563

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 322,5



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF40	Sozialmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 32,79105



Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3225

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,52



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,44	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 447,91667

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 767,85714

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0,19



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3394,73684

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 1,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 358,33333



C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	28	100,0	Die Dokumentationsrate wurde standortübergreifend berechnet.
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A *Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen*

C-1.2.[1] A.I *Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt*

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	1609
Beobachtete Ereignisse	8



Erwartete Ereignisse	1,83
Ergebnis (Einheit)	4,38
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,22 - 8,61
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	S99
Kommentar beauftragte Stelle	Die Arbeitsgruppe schätzt ein, dass das beschriebene Managementkonzept zur Dekubitusprophylaxe geeignet ist, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	1609
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,24%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	1609
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	



Ergebnis (Einheit)	0,37%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 0,81%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

A41	= Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
A42	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D50	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D51	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D80	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H20	= Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
H99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	= Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	= Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	= Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
S90	= Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
S91	= Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
S92	= Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U31	= Besondere klinische Situation
U32	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U33	= Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U34	= ausreichend
U61	= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	= Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.



C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	7
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	7
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	7

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.



D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagements sowie der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die definierte Qualität zu erreichen und dies messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist u. a. die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen und integrativen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle AGAPLESION Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten des Konzerns und der jeweiligen Einrichtung.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards oder Pflege- und Behandlungspfade und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Bei neuen gesetzlichen Vorgaben erstellen wir, wo möglich, gemeinsam Konzernvorgaben, um Ressourcen zu bündeln und Synergien zu nutzen. Damit tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



D-2 Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. Überleitung der Patient:innen analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb angemessener Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.



D-3 Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, aus Meldungen zu kritischen Ereignissen, Begehungen und Audits zusammen. Diese werden analysiert und es werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen konsentiert.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des:r Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation der Patient:innen im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.



D-4 Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Südcert-zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001 : 2015

D-5 Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem:r Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein, und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

D-6 Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.



D-7 Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Patientenbefragung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

Anhand der gewonnenen Ergebnisse lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

D-8 Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt insbesondere die Bearbeitung komplexer Projekte, in die verschiedenen Verantwortungsbereiche eingebunden sind, und die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen betreffen. Unter der Berücksichtigung der sechs AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2021 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

Digitalisierung

Die Digitalisierung ermöglicht die vollständige Verfügbarkeit von Daten an mehreren Stellen gleichzeitig und damit den Austausch um Vergleich mit anderen Datenquellen. Für Patient:innen bedeutet es eine bessere Behandlungsqualität. Mit der Umsetzung der mobilen digitalen Patientenakte werden die Voraussetzungen geschaffen, um Patient:innen optimal zu versorgen.

Elektronische Patientenakte wurde um Einführung der digitalen Visitenanordnung und E-Medikation erweitert. Die zum Aufnahmezeitpunkt bestehende Hausmedikation der Patient:innen wird ins Krankenhausinformationssystem (KIS) übertragen und entsprechend des Behandlungsverlaufs angepasst. Verordnungen im gesamten stationären Aufenthalt werden elektronisch dokumentiert, auch Medikamentenänderungen werden erfasst. Mit anschließender Übertragung ins Entlassungsbrief.