



AGAPLESION
PNEUMOLOGISCHE KLINIK
WALDHOF ELGERSHAUSEN

QUALITÄTSBERICHT 2014

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2014

Erstellt am 31.12.2015



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
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.....	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-10	Gesamtfallzahlen.....	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	15
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	23
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-1	Pneumologie	24
C	Qualitätssicherung	31
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	31
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	40
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	40
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	40
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	40



C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	40
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V ..	41
D	Qualitätsmanagement	42

- **Einleitung**

Das Krankenhaus ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Ass. jur. Michael Reese
Telefon: 06449/927-202
Fax: 06449/927-288
E-Mail: m.reese@klinik-waldhof.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Ass. jur. Michael Reese
Telefon: 06449/927-202
Fax: 06449/927-288
E-Mail: m.reese@klinik-waldhof.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.klinik-waldhof.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008. Danach sind sämtliche Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und in einem zentralen Qualitätsmanagement-Handbuch für alle Mitarbeitenden zugänglich.

Die Qualitätspolitik unseres christlichen Gesundheitskonzerns geht weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. Der größte Teil der AGAPLESION Krankenhäuser hat bereits eigene DIN EN ISO 9001-Zertifizierungen.

Darüber hinaus verfügen zahlreiche medizinische Zentren der AGAPLESION Krankenhäuser über fachspezifische Zertifizierungen. Die damit verbundenen Prozesse unterstützen die systematische Einführung, Umsetzung und Aufrechterhaltung von Qualitätsvorgaben. In regelmäßigen Audits wird die Einhaltung dieser hohen Qualitätsstandards überprüft. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 104 AGAPLESION übergreifende Audits von 73 Auditoren durchgeführt. Dazu kommen zahlreiche interne Audits, die die Einrichtungen zur Qualitätsverbesserung einsetzen.

Da es noch keine einheitlichen gesetzlichen Regelungen dazu gibt, welche Maßnahmen zur Hygiene und Patientensicherheit umzusetzen sind, hat die AGAPLESION Lenkungsgruppe Qualitätspolitik zusammen mit den Spezialisten der Lenkungsgruppe Risikomanagement sowie der AGAPLESION HYGIENE, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, zum Beginn des Jahres 2015 die Sixpacks „Patientensicherheit“ und „Hygiene“ geschnürt. Sie umfassen jeweils sechs Maßnahmen, mit denen die meisten AGAPLESION Einrichtungen bereits seit Jahren arbeiten. Da jedoch die einzelnen Häuser zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu AGAPLESION gekommen sind, werden die noch offenen Punkte im laufenden Geschäftsjahr auditiert, so dass sie bis Ende Januar 2016 flächendeckend eingeführt sind und einen eigenen AGAPLESION Qualitätsstandard bezeichnen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Fachklinik für Pneumologie

Die AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen gemeinnützige GmbH ist als Fachklinik in dem Verbund der AGAPLESION gAG integriert, der Deutschland weit Krankenhäuser, Pflege- und Senioreneinrichtungen betreibt. Die Klinik liegt im Lahn-Dill-Kreis zwischen Wetzlar und Herborn am Südostrand des Westerwaldes. Von hohen Laub- und Nadelwäldern umgeben schmiegen sich die gelb leuchtenden Krankenhausbauten an den oberen Talabschluss des Gersbaches, einem der kleinen nach Osten in die Dill mündenden Westerwaldbäche. Die Mitte der Siedlung bildet ein denkmalgeschützter alter Bruchsteinbau mit hohem Schiefergiebel und aus Sandstein gehauenen gotischen Fensterumrahmungen, genannt "Heiliges Haus".

Der Start in das Unternehmen "Lungenheilstätte" war für den Arzt Dr. Georg Liebe (*11.08.1865, + 25.01.1924) zunächst wenig erfolgversprechend. 1899, nach erster ärztlicher Tätigkeit als Chefarzt der Lungenheilstätte in Loslau / Oberschlesien, gründete er in Braunfels eine kleine eigene Heilstätte, die er bescheiden "Kurpension" nannte. Dr. Liebes anfänglichen Bemühungen, sich in der aufblühenden Kurstadt Braunfels mit einer Heilstätte für Tuberkulose zu etablieren, gelang ihm nicht.



Am 3. April 1901, nachdem die letzte in Elgershausen noch wohnende Familie auf Geheiß des Fürsten auf ein anderes Gut übersiedelt war, und nach Um- und Ausbau des Heilig Hauses durch die fürstliche Verwaltung, zog Dr. Liebe mit seiner Familie, wenigen Angestellten und 10 Patienten in dieses Heilige Haus ein. Dr. Liebe benannte den Ort seiner Lungenheilstätte "Waldhof", der Name sollte ihn an sein früheres ärztliches Wirken in St. Andreasberg im Harz erinnern, und der Name ist bis heute unverändert geblieben.

Aus diesen Anfängen aus dem Jahr 1901 ist nunmehr eine moderne Lungenfachklinik mit 95 Betten entstanden. Die Klinik ist in einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Fachbereich Humanmedizin der Universitätskliniken Gießen und Marburg eingebunden. Diese sehr enge Verzahnung mit der universitären Medizin führt zu einem Zuwachs der Krankenversorgung auf allerhöchstem Niveau in allen Bereichen der Medizin, mit Erschließung und Bereitstellung aller möglichen und nötigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

Die AGAPLESION Pneumologische Klinik ist zunehmend an Forschung z. B. Europäisches Register für idiopathische pulmonale Fibrose, Deutsches Netzwerk für parenchymatöse Lungenerkrankungen und seit 2009 auch Lehrkrankenhaus der Universitäten Gießen / Marburg beteiligt. In der Konsequenz ist die Klinik bundesweit zu einer der bekanntesten und bedeutendsten Pneumologischen Kliniken avanciert und genießt dadurch eine beachtliche Reputation.

Die Klinik hat sich im Rahmen des AGAPLESION-Verbundes zu einer Qualitätsmanagementarbeit verpflichtet und wurde bereits vier Mal zertifiziert; zuletzt nach ISO EN 9001 in 2014. Eine Re-Zertifizierung ist für November 2017 geplant.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch **Prof. Dr. med. Andreas Günther, Felicitas Beck und Ass. jur. Michael Reese**, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Kontaktdaten:

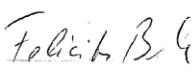
Herr Ass. Jur. Michael Reese, Verwaltungsdirektor, Tel.: 06449/ 927-202,
E-Mail: verwaltung@klinik-waldhof.de



(Tim Allendörfer)
Geschäftsführer



(Prof. Dr. Günther)
Chefarzt



(Felicitas Beck)
Pflegedienstleitung



(Ass. Jur. M. Reese)
Verwaltungsdirektor

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen

Hausanschrift: Paul-Zipp-Str. 171
35398 Gießen

Institutionskennzeichen: 260650369

Standortnummer: 99

Telefon: 0641/9606-0

Fax: 0641/9606-160

URL: <http://www.ekm-gi.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Priv. Doz. Dr. med. Jochen Sticher
Telefon: 0641/9606-213
Fax: 0641/9606-217
E-Mail: anaesthesie@ekm-gi.de

Pflegedienstleitung

Funktion: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Dipl. Pflegewirtin Christa Hofmann-Bremer
Telefon: 0641/9606-114
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: pflegedirektion@ekm-gi.de

Verwaltungsleitung

Funktion: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dipl. Betriebswirt Tim Allendörfer
Telefon: 0641/9606-117
Fax: 0641/9606-160
E-Mail: sek.gf@ekm-gi.de

Standort

Standortname: AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

Hausanschrift: Waldhof Elgershausen 1
35753 Greifenstein

Institutionskennzeichen: 260650369

Standortnummer: 02

Telefon: 06449/927-202

Fax: 06449/927-288

URL: <http://www.klinik-waldhof.de>

Ärztliche Leitung

Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

Pflegedienstleitung

Funktion: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Felicitas Beck
Telefon: 06449/927-204
Fax: 06449/927-399
E-Mail: f.beck@klinik-waldhof.de

Verwaltungsleitung

Funktion: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Ass. jur. Michael Reese
Telefon: 06449/927-202
Fax: 06449/927-288
E-Mail: m.reese@klinik-waldhof.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gemeinnützige GmbH
Art: Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Die Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen arbeitet in Forschung und Lehre eng mit der Justus Liebig Universität (JLU) Gießen-Marburg zusammen und ist Lehrkrankenhaus der JLU Gießen-Marburg.

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Atemübungen unter Anleitung der Physiotherapie oder einer Atempädagogin, inhalative Therapien, interne Schleimlösung mit VPR1 (Flutter, Cornet), Vibraxtherapien. Zusätzlich Einatemtrainer zur Aktivierung und Verbesserung der Bauchatmung, besonders nach größeren operativen Eingriffen.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Das Palliativ-Care Team, das sich aus speziell geschulten und weitergebildeten Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der Seelsorge zusammensetzt, hat zum Ziel, Schwerstkranke und Sterbende in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	Die Sozialdienstmitarbeiterinnen bieten Unterstützung bei Problemen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können. Sie beraten bei Reha-Maßnahmen oder dem Antrag einer Pflegestufe und helfen bei der Organisation in die häusliche oder stationäre Pflege.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Die Diätassistentinnen beraten nicht nur Diabetiker, sondern sind bei jeder Form der Diätberatung eingeschaltet. Sie beraten stationär wie auch ambulant zu allen ernährungsabhängigen Erkrankungen sowie zu den ernährungstherapeutischen Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Das Entlassungsmanagement kümmert sich um alle Patienten, die nach der Entlassung oder Verlegung weitere Betreuung und Versorgung (Pflege, Medikamente, Hilfsmittel) benötigen, diese frühzeitig zu planen sowie Hausärzte und weiterversorgende Institutionen zu informieren.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Anleitung zum Umgang mit Sauerstoffkonzentratoren Beratung bzgl. Schlafapnoe Beratung bzgl. Beatmung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Raucherentwöhnung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Die Patienten werden mit den notwendigen medizinischen Hilfsmitteln (Sauerstoffgerät, Stützstrümpfe, Gehhilfen etc.) während des stationären Aufenthaltes versorgt. Mehrere externe Sanitätsfachgeschäfte sichern die Versorgung.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00€ Kosten pro Tag maximal: 0€		Die Parkplätze für Patienten und Besucher sind kostenfrei.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 0,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		Kaution 10 € für eine Telefonkarte. Mit dieser Telefonkarte erhalten Sie eine "eigene Telefonnummer".
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		In manchen Zimmern ist das Fernseh-Gerät fest installiert. In anderen wird ein Fernseh-Gerät kostenfrei aufgebaut, wenn gewünscht.
NM42	Seelsorge			Unsere Klinikseelsorgerin nimmt gerne Kontakt mit Ihnen auf. Melden Sie sich bei einem Mitarbeiter/-in der Station oder werfen Sie eine Mitteilung in den Briefkasten der Klinikseelsorge.
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Auf jeder Station befindet sich ein Gemeinschaftsraum.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Für Angehörige die während des Krankenhausaufenthaltes in der Klinik bleiben möchten besteht die Möglichkeit ein Gästezimmer zu mieten.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00€		Rundfunk über TV möglich.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Wenn keine spezielle Diät angeordnet wurde, können Sie aus dem Angebot des gültigen Speiseplans zwischen Menü I und Menü II und Vegetarischer Kost wählen.		Das Essen wird von unserem Küchenteam mit großer Sorgfalt zubereitet. Weiterhin werden Diäten angeboten. Bei Änderungswünschen wenden Sie sich an die Mitarbeiter des Pflegeteams.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM67	Andachtsraum			Eigene Kapelle (ökumenisch) auf dem Klinikgelände. Gottesdienste werden übertragen.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

siehe unter B.1.4

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL09	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Die Ausbildung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Mittelhessen.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 95

A-10 Gesamtfallzahlen

Die ambulante Versorgung wird durch Prof. Dr. Günther und Frau Dr. Degen durchgeführt.

Vollstationäre Fallzahl:	3251
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	1036

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	16,60 Vollkräfte	1 CA, 5 OÄ (6 Köpfe), 10,8 AÄ (12 Köpfe)
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,30 Vollkräfte	8,3 VK = 10 Köpfe
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

A-11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	52,00 Vollkräfte	3 Jahre	incl. Stationssekretärin (= 1,0 VK)
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,00 Vollkräfte	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,76 Vollkräfte	1 Jahr	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	6,30
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	0,50
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	0,20
SP56	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische- Radiologieassistentin (MTRA)	2,35
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	0,50
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,00
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,52

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Ass. jur. Michael Reese
Telefon: 06449/927-202
Fax: 06449/927-288
E-Mail: m.reese@klinik-waldhof.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Die Qualitätsmanagementbeauftragten tauschen sich im monatlichen Tonus mit dem Qualitätsmanagement-Team aus. Das Team bestehend aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungs- und Funktionsbereiche erarbeitet gemeinsame Lösungen und sorgen für deren Umsetzung.

Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person:	Eigenständige Position für Risikomanagement
Funktion:	Risikomanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name:	Ramona Rupp
Telefon:	06449/927-207
Fax:	06449/927-220
E-Mail:	r.rupp@klinik-waldhof.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe:	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich:	In Fragen rund um das Risikomanagement steht unsere RMB allen beratend zur Seite. Ziel des Risikomanagements ist es, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Die RMB unserer Einrichtung arbeitet eng mit dem unserem QMB zusammen.
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Bewertung Datum: 25.09.2014	jährliche Risiko- und Managementbewertung
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		IBF-Kalender, Schulungen auf Konzernebene, externe Schulungen
RM03	Mitarbeiterbefragungen		AGA Mitarbeiterbefragung (09.02.2015). Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen. Des Weiteren soll die Etablierung der sechs Kernwerte in den AGAPLESION Einrichtungen unterstützt werden.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Reanimationsübungen Datum: 18.03.2015	jährliche Notfallübungen (siehe IBF-Kalender)
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzskala Datum: 16.10.2012	div. Standards und Formulare (z. B. Schmerzprotokoll)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Lagerung Datum: 30.07.2013	Standard in roXtra
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Interne Fortbildung Datum: 05.11.2013	Fortbildungen, Standard und Formulare in roXtra
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AmTech Datum: 29.08.2013	Gerätebeauftragte, Verfahrensanweisung, AmTech
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Palliativbesprechungen	monatliches Psycho-Onkologisches Konsil
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: Arzneimittelkommission Datum: 11.09.2015	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen eine medizinische Situation soweit zu verstehen, dass dadurch die notwendigen Voraussetzung geschaffen sind, bei einer fundierten Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitzuentcheiden, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbögen.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Rechtzeitige Arztbriefschreibung Datum: 21.10.2014	Regelungen in roXtra

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem:	Ja
Regelmäßige Bewertung:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit:	Patientenarmband bei Desorientierung.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	17.04.2015	Verfahrensanweisung Konzernweit
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"	Durch Größe der Einrichtung nur geringe Fälle. Es findet jährlich eine Risikobewertung und CIRS Auswertung auf Konzernebene statt.
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich	Auf AGAPLESION-Ebene werden bei Bedarf Schulungen zum Risikomanagement- und CIRS-Beauftragten angeboten. Auf Einrichtungsebene schult der Risikomanagementbeauftragte oder das Zentrale Qualitätsmanagement die Mitarbeiter bei Bedarf.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem: Ja
Regelmäßige Bewertung: Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums: jährlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	AGAPLESION Hygiene, Prof. Dr. Jahn-Mühl
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission	quartalsweise	Klinikleitung, Hygienefachkraft und Hygieniker AGAPLESION
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening		
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement, das sogenannte Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, da dieser Begriff Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst. Der Meinungsbogen wird jedem Patienten bei Aufnahme überreicht. Die Bögen liegen außerdem in der Patientenaufnahme, den Aufenthaltsräumen sowie an den Stationsstützpunkten aus.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor. Hierzu ist eine Verfahrensweisung vorhanden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Die Beschwerden, Wünsche oder Anregungen werden an das Meinungsmanagement weitergegeben und dort schriftlich festgehalten. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement steht jederzeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mailadresse) des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann. Die Meinungsbögen werden regelmäßig eingesammelt und ausgewertet. Die angesprochenen Fachabteilungen bekommen regelmäßig Rückmeldung über die Inhalte der abgegebenen Meinungsbögen.

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja

Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Nein

Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

Link:

Kommentar: zur Verpflegung: Aug. / Sept. 2014

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Durchgeführt: Ja

Link:

Kommentar: Die Meinungsbögen können auch anonym abgegeben werden.
Die Meinungsbögen können auch über die Homepage "Anonym" abgegeben werden.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Felicitas Beck
Telefon: 06449/927-204
Fax: 06449/927-399
E-Mail: f.beck@klinik-waldhof.de

Funktion: QM
Titel, Vorname, Name: Ramona Rupp
Telefon: 06449/927-207
Fax: 06449/927-220
E-Mail: r.rupp@klinik-waldhof.de

Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement

Link zum Bericht:

Kommentar:

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Funktion: Klinikseelsorgerin
Titel, Vorname, Name: Pfarrerin Birgit Meier
Telefon: 06449/927-208
Fax: 06449/927-399
E-Mail: IhreMeinung@klinik-waldhof.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar:

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Pneumologie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Pneumologie

Fachabteilung: Pneumologie

Fachabteilungsschlüssel: 0800

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/-Ärzte

Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

Öffentliche Zugänge

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Ja
Kommentar: Zielvereinbarungen sind nicht explizit an § 136a SGB V angepasst.

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Pneumologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Pneumologie
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI20	Intensivmedizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI35	Endoskopie
VI38	Palliativmedizin

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Pneumologie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Pneumologie	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	Nicht alle Zimmer sind rollstuhlgerecht ausgestattet.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF24	Diätetische Angebote	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	Nicht alle Zimmer sind rollstuhlgerecht ausgestattet.
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	mobiles Röntgengerät

B-1.5 Fallzahlen - Pneumologie

Vollstationäre Fallzahl: 3251
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J44	798	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
2	C34	460	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
3	G47	452	Schlafstörung
4	J84	239	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge
5	R06	213	Atemstörung
6	E66	89	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht
7	Z08	89	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit
8	J45	81	Asthma
9	D38	75	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
10	I50	62	Herzschwäche
11	D86	55	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose
12	A15	44	Tuberkulose der Atemorgane, mit gesichertem Nachweis der Krankheitserreger
13	J67	42	Allergische Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis) durch organischen Staub
14	R91	39	Ungewöhnliches Ergebnis bei bildgebenden Untersuchungen (z.B. Röntgen) der Lunge
15	J96	31	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	3022	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
2	1-790	1205	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes
3	3-202	1023	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
4	1-711	804	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird
5	8-716	803	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung
6	1-713	797	Messung der in der Lunge verbleibenden Luft nach normaler Ausatmung mit der Helium-Verdünnungsmethode
7	1-620	796	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
8	1-715	594	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
9	1-843	571	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
10	8-717	481	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes
11	8-522	382	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie
12	3-222	314	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
13	8-706	260	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
14	1-430	240	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung
15	8-543	219	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarzt Prof. Dr. Günther

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

Frau Dr. M. Degen

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	16,60 Vollkräfte	195,84337	1 CA, 5 OÄ (6 Köpfe), 10,8 AÄ (12 Köpfe)
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,30 Vollkräfte	391,68674	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF39	Schlafmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	52,00 Vollkräfte	62,51923	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,00 Vollkräfte	1625,50000	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,76 Vollkräfte	682,98315	1 Jahr

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	Für die Weaningstation sind bereits drei Mitarbeiterinnen zur Respiratory Assistent ausgebildet. Eine kontinuierliche Weiterbildung findet statt.
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ07	Onkologische Pflege	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP03	Diabetes
ZP09	Kontinenzmanagement

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentation rate
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	6	83,30
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	35	100,00
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	44	100,00

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

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

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Ambulant erworbene Pneumonie Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	37 / 37
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,71 - 97,82%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	32 / 32
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,80 - 97,92
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,03 - 95,83
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	28 / 30
Ergebnis (Einheit)	93,33%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,22 - 95,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	96,61 - 96,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	19 / 19
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	92,31 - 92,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	30 / 31
Ergebnis (Einheit)	96,77%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,47 - 98,58%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,52 - 97,96%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,85 - 1,87
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	29 / 29
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	94,62 - 94,84%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	29 / 29
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,70 - 97,85%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	12,84 - 13,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,86
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,98 - 1,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
Zähler / Nenner	0 / 10
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,16%
Vertrauensbereich	1,26 - 1,48%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	0 / 22
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,10%
Vertrauensbereich	7,09 - 7,34%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 38,00%
Vertrauensbereich	20,25 - 21,66%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	36 / 36
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,00%
Vertrauensbereich	94,75 - 94,93%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,92%
Vertrauensbereich	21,13 - 21,37%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 54,02%
Vertrauensbereich	25,93 - 26,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,65%
Vertrauensbereich	19,88 - 20,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Kennzahlbezeichnung	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,12%
Vertrauensbereich	7,31 - 7,46%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Kennzahlbezeichnung	Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 45,50%
Vertrauensbereich	20,00 - 20,88%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 34,33%
Vertrauensbereich	15,21 - 15,47%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	In dieser Klinik wird der entsprechende Eingriff nicht durchgeführt!

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erworben
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,40 - 0,40
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erworben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,04
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,22
Vertrauensbereich	0,99 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades erwarben
Zähler / Nenner	0 / 3237
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

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

Trifft nicht zu.

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 Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

In der Klinik werden keine Transplantationen und endoprothetische Eingriffe durchgeführt. Nicht erforderlich.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 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	9
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	9
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	9

D Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden.

Umso erfreulicher belegte im September 2014 die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführte Studie des AQUA-Instituts, dass Qualität eine Kernkompetenz deutscher Krankenhäuser ist. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist. Die Lenkungsgruppe Qualitätspolitik hat Wesentliches dazu beigetragen, die AGAPLESION weite Qualitätspolitik kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

Audits sind systematische und unabhängige Bewertungen, inwieweit die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auf der Grundlage von Nachweisen wird der Erfüllungsgrad der Anforderungen objektiv bewertet und dokumentiert.

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2008 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Stärken, aber auch die Schwächen der Lieferantenbeziehungen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich Ihrer Leistung.

Risikomanagement

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mit Hilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten, sogenannte Zertifizierungen, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 kommen jährlich alle 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.



pCC-zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001 : 2008



Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung
und Schlafmedizin DGSM e. V.

Meinungsmanagement

Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessengruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Lob, Anregungen und Beschwerden aufzunehmen – persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Die gewonnenen Meinungen zu unseren Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiterverhalten 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.



Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg. Ziel des Ideenmanagements ist es daher, eine für alle Mitarbeiter verständliche, attraktive und motivierende Grundlage für die Generierung von Ideen zu schaffen. Resultat soll die Einreichung von vielen guten und auch innovativen Ideen sein. Grundsätzlich sollen durch die eingereichten Ideen verschiedene Ergebnisse, Bereiche und Prozesse verbessert werden.

Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich 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.

Befragung

Da die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen, führen wir regelmäßige Befragungen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen mit folgenden Themenschwerpunkten durch:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Dabei durchläuft sie verschiedene Projektschritte. In Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgen die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projekterfolges.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen unter anderem die drei folgenden:

Strukturänderung Weaningstation und Schlaflabor

Das Schlaflabor wurde in die Station III verlagert und an das Schlaf- und Atemzentrum direkt angebunden. Hierdurch konnte die Weaningstation erweitert werden, um mehr 1-Bett-Zimmer zu schaffen und um Warteliste zu reduzieren. Die Zertifizierung zum Weaningzentrum ist für 2016 geplant.

Behinderten gerechter Ausbau zur Terrasse im Café

Der Krankensein- und -ausgang ist bis zu den Aufzügen ohne Treppen ausgebaut. Jedoch die Terrasse des Café Pustekuchens konnte nur über eine relativ steile Treppe aus dem Innenbereich erreicht werden. Im Herbst 2013 wurde daher mit dem Ausbau begonnen und im Sommer 2014 wurde der Eingang zur Terrasse freigegeben.

Neues CT

Der bestehende 1-Zeiler CT wurde im Oktober 2014 durch ein 16 Zeiler CT ausgetauscht, mit dem Ziel, dass Patienten durch das modernere Gerät eine kürzere Untersuchungszeit haben, nicht mehr so strahlenbelastend werden und die bildgebenden CT-Ergebnisse wesentlich verbessert werden und so zu einer genaueren Diagnose führen.