



AGAPLESION  
DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

# QUALITÄTSBERICHT 2015

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2015

Erstellt am 31.12.2016



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>8</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	16
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	18
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	18
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	19
A-10	Gesamtfallzahlen.....	19
A-11	Personal des Krankenhauses .....	20
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	26
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	37
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....</b>	<b>38</b>
B-1	Klinik für Altersmedizin .....	38
B-2	Physikalische Medizin und Rehabilitation .....	52
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>58</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	58
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate .....	58
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.).....	65

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.).....	65
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	65
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	65
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.).....	66
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.).....	66
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>67</b>
D-1	Audits .....	68
D-2	Risikomanagement .....	68
D-3	Zertifizierungen .....	69
D-4	Meinungsmanagement.....	69
D-5	Ideen- und Innovationsmanagement .....	70
D-6	Befragung.....	70
D-7	Projektorganisation.....	71

- **Einleitung**

**Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

**Funktion:** Mitarbeiterin Kaufmännisches Controlling  
**Titel, Vorname, Name:** Jutta Rippel  
**Telefon:** 0561/1002-3180  
**Fax:** 0561/1002-3305  
**E-Mail:** [j.rippel@diako-kassel.de](mailto:j.rippel@diako-kassel.de)

**Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

**Funktion:** Geschäftsführerin  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.  
**Telefon:** 0561/1002-3010  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de](mailto:geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de)

**Weiterführende Links**

**Link zur Homepage des Krankenhauses:** <http://www.diako-kassel.de>

**Link zu weiterführenden Informationen:** <http://www.agaplesion.de/>



Eingangsbereich der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL, Standort: Burgfeld-Krankenhaus

Frankfurt am Main, im Dezember 2016

## Sehr geehrte Damen und Herren,

wir arbeiten für Menschen und darum kommt der Qualität unserer Arbeit eine ganz besondere Rolle zu. Denn diese Qualität hat unmittelbare und existenzielle Auswirkungen auf das körperliche und seelische Wohlbefinden unserer Patienten und Bewohner.

Die Qualitätspolitik ist daher zentraler Bestandteil unserer strategischen Ausrichtung und Unternehmenskultur. Ein zentraler Dienst „Qualitätsmanagement“ unterstützt unsere über 100 Einrichtungen bei der Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen und den entsprechenden Richtlinien. Über 30 Qualitätsmanagementbeauftragte gibt es in unseren Einrichtungen. Darüber hinaus sind ca. 135 Mitarbeitende als AGAPLESION Auditoren geschult, um die Einhaltung von Qualitätsrichtlinien zu überprüfen und bei der Umsetzung kollegial zu unterstützen. Im Jahr 2015 wurden über 100 AGAPLESION übergreifende Audits durchgeführt. Dazu kommen zahlreiche interne Audits, die die Einrichtungen zur Qualitätsverbesserung einsetzen.

Jeweils sechs zentrale Maßnahmen, unsere Sixpacks zur „Patientensicherheit“ und „Hygiene“, hat AGAPLESION als Mindeststandard definiert und in allen Einrichtungen umgesetzt. Sie wurden von der AGAPLESION Lenkungsgruppe Qualitätspolitik zusammen mit den Spezialisten der Lenkungsgruppe Risikomanagement sowie der AGAPLESION HYGIENE, Institut für Hygiene und Umweltmedizin zum Beginn des Jahres 2015 entwickelt.

Darüber hinaus sind in unseren Krankenhäusern über 100 medizinische Zentren fachspezifisch zertifiziert. Hinter jeder einzelnen Zertifizierung stehen Prozesse der systematischen Einführung, der Umsetzung und Aufrechterhaltung von Qualitätsvorgaben.

Doch am Ende geht es immer darum, eine Qualitätspolitik mit Leben zu erfüllen und sie in der täglichen Arbeit umzusetzen. Wir sind stolz darauf, dass sich unsere Mitarbeitenden im Konzern, egal in welchem Beruf oder in welcher Funktion, diesem Ziel verpflichtet sehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

Kassel, im Dezember 2016

Sehr geehrte Leser und Leserin,

Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind die größte medizinische Einrichtung der Diakonie in Nordhessen und mit 435 akutstationären Planbetten plus zehn Plätzen Tagesklinik Geriatrie das größte freigemeinnützige Krankenhaus der Region. Verteilt auf die zwei Standorte, dem Diakonissen-Krankenhaus und der Frauenklinik Dr. Koch, werden die Fachabteilungen Allgemein-, Viszeral- und Gelenkchirurgie, Gefäßchirurgie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin mit den Subdisziplinen Angiologie, Gastroenterologie und Kardiologie mit Linksherzkatheter-Messplatz und Rhythmologie, Anästhesie mit Schmerztherapie, eine Belegabteilung Urologie sowie Radiologie betrieben. Im Jahr 2014 befand sich die Geriatrie noch am Standort Burgfeld-Krankenhaus, im April 2015 ist die Geriatrie in den Neubau am Standort Diakonissen-Krankenhaus umgezogen.

Die gemeinnützige GmbH ist durch Fusionen der Traditionskrankenhäuser Burgfeld- und Diakonissen-Krankenhaus im Jahr 2001 entstanden. Im Jahr 2010 ist durch Betriebsübergang die Frauenklinik Dr. Koch integriert worden. Träger der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind der christliche Gesundheitskonzern AGAPLESION gemeinnützige AG und die Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus Kassel. Zusätzlich sind die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL Mitgesellschafter der CBG (Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gemeinnützige GmbH) mit insgesamt 200 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Seit 2003 entsteht in der Herkulesstraße am Standort des Diakonissen-Krankenhauses ein Krankenhausneubau. Im März 2007 konnte ein erster Teilabschnitt des Neubaus bezogen werden, im April 2010 ein weiterer. Im April 2015 wurde der nächste Bauabschnitt fertiggestellt, so dass der Standort des Burgfeld-Krankenhauses aufgelöst werden konnte. Durch weitere räumliche Anpassungen bzw. Erweiterungen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ein Jahr später, im ersten Halbjahr 2016, die Gynäkologie und Geburtshilfe von der Frauenklinik Dr. Koch in das Diakonissen-Krankenhaus umziehen kann. Damit ist nicht nur eine ca. zwölfjährige Bauphase beendet, sondern auch das strategische Ziel der Standortzusammenlegung umgesetzt worden. Sämtliche Patienten werden dann ausschließlich in Neubaukapazitäten untergebracht sein. Die Funktionsbereiche (Operationssäle, Kreißsaal Bereich, Endoskopie und Radiologie, Intensiv und Intermediate Care Station, zentraler Aufnahmebereich und die sonstige Infrastruktur) sind nach neusten medizinischen Erkenntnissen und mit modernster Ausstattung errichtet worden.

Seit 2010 existiert das neugebaute Facharztzentrum Vorderer Westen in unmittelbarem Anschluss an den Krankenhausneubau. Hier ist ein Sektor übergreifendes Kompetenzzentrum entstanden, das neuen Versorgungsstrukturen Rechnung trägt. Die Kooperation mit Facharztpraxen, der Dialyse-Einrichtung sowie der Labormedizin steigert die Versorgungsqualität der Patienten erheblich.

Wir sehen unseren Auftrag darin, Menschen in allen Lebensphasen zu behandeln und dabei christliche Nächstenliebe erlebbar zu machen. Unsere Werte sind im christlichen Glauben begründet, sie sind die Basis unseres Handelns. Wir verbinden sie mit Exzellenz in Medizin und Pflege sowie einem verantwortungsvollen Management.

Durch das implementierte Qualitätsmanagement-System wurden bereits vor über zehn Jahren bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen strukturiert und Prozesse standardisiert. Der Erstzertifizierung nach KTQ in 2004 folgte die Rezertifizierung in 2008. Nach erfolgter Umstellung auf ein Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 haben die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL seit Dezember 2013 ein diesbezügliches Zertifikat. Weiterhin wurden das Gefäßzentrum sowie die Chest Pain Unit zertifiziert.

Der gesetzliche Qualitätsbericht nach § 136b SGB V ist ein strukturierter Bericht über das Leistungsspektrum und die Aktivitäten zur Qualitätssicherung unseres Krankenhauses.

Wir möchten mit dem Qualitätsbericht

1. Versicherten und Patienten Information und Entscheidungshilfe im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung geben,
1. Vertragsärzten und Krankenkassen Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten gewähren, und die
1. Möglichkeit nutzen, unsere Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Der folgende Qualitätsbericht gliedert sich in vier Teile. Die Leistungs- und Strukturdaten des Gesamthauses und der einzelnen Fachabteilungen finden sich in den Teilen A und B. Ausführliche Informationen über die Qualitätssicherung des Hauses und weitere Strukturen des Qualitätsmanagements sind in den Teilen C und D dargestellt.

Zur Krankenhausleitung der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gehören:

Geschäftsführerin  
Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.

Verwaltungsdirektorin  
Saskia Kaune

Ärztlicher Direktor  
Dr. med. Andreas Fiehn, MBA

Pflegedienstdirektorin  
Cornelia Reissner

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

**Krankenhausname:** AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

**Hausanschrift:** Herkulesstraße 34  
34119 Kassel

**Institutionskennzeichen:** 260660839

**Standortnummer:** 99

**Telefon:** 0561/1002-0  
**Fax:** 0561/1002-1010

**URL:** <http://www.diako-kassel.de>

#### Ärztliche Leitung

**Funktion:** Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Andreas Fiehn, MBA  
**Telefon:** 0561/1002-1201  
**Fax:** 0561/1002-1205  
**E-Mail:** [a.fiehn@diako-kassel.de](mailto:a.fiehn@diako-kassel.de)



#### Pflegedienstleitung

**Funktion:** Pflegedienstleiterin  
**Titel, Vorname, Name:** Cornelia Reissner  
**Telefon:** 0561/1002-2000  
**Fax:** 0561/1002-2005  
**E-Mail:** [c.reissner@diako-kassel.de](mailto:c.reissner@diako-kassel.de)



#### Verwaltungsleitung

**Funktion:** Geschäftsführerin  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.  
**Telefon:** 0561/1002-3010  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de](mailto:geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de)



**Funktion:** Verwaltungsdirektorin  
**Titel, Vorname, Name:** Saskia Kaune  
**Telefon:** 0561/1002-3020  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [s.kaune@diako-kassel.de](mailto:s.kaune@diako-kassel.de)





### Standort

**Standortname:** AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL / Burgfeld-Krankenhaus

**Hausanschrift:** Wigandstraße 6-8  
34131 Kassel

**Institutionskennzeichen:** 260660839

**Standortnummer:** 03

**Telefon:** 0561/1002-0  
**Fax:** 0561/1002-1010

**URL:** <http://www.diako-kassel.de>

### Ärztliche Leitung

**Funktion:** Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Andreas Fiehn, MBA  
**Telefon:** 0561/1002-1201  
**Fax:** 0561/1002-1205  
**E-Mail:** [a.fiehn@diako-kassel.de](mailto:a.fiehn@diako-kassel.de)

### Pflegedienstleitung

**Funktion:** Pflegedienstdirektorin  
**Titel, Vorname, Name:** Cornelia Reissner  
**Telefon:** 0561/1002-2000  
**Fax:** 0561/1002-2005  
**E-Mail:** [c.reissner@diako-kassel.de](mailto:c.reissner@diako-kassel.de)

### Verwaltungsleitung

**Funktion:** Geschäftsführerin  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.  
**Telefon:** 0561/1002-3010  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de](mailto:geschaeftsfuehrung@diako-kassel.de)

**Funktion:** Verwaltungsdirektorin  
**Titel, Vorname, Name:** Saskia Kaune  
**Telefon:** 0561/1002-3020  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [s.kaune@diako-kassel.de](mailto:s.kaune@diako-kassel.de)



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

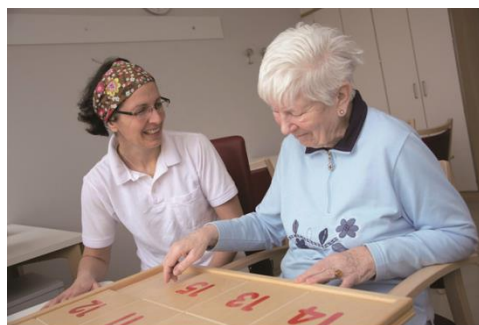
Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Erfolgt über unseren Pflege- u. Sozialdienst, das angegliederte Diako-Sanitätshaus, die Diakoniestationen sowie unsere Seelsorge. Angehörigenberatung erfolgt b. Anleitung von Verbänden, Stomaversorgung o. nachstationärer Versorgung in allgem. Pflege. Die DKK-Elternschulen bieten zahlreiche Kurse an.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiterinnen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atemgymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen.
MP06	Basale Stimulation	Dieses Thema wird im Rahmen der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserschöpfung	Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement konsequent um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Wir bieten Palliativmedizin/-pflege. Sterbebegleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschiedsraum vorhanden. Aussegnung wird von Seelsorge angeboten, Versorgung verstorbener muslimischer Patienten ist möglich. Mitarbeitende bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	In der Geriatrie wird nach Bobath gearbeitet.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	z.B. für Patienten mit Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz, für geriatrische Patienten mit Ernährungs- u./o. Schluckstörungen.

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Das Entlassungsmanagement ist im Verfahrensstandard geregelt. Im Konzept zur Patienten-Überleitung sind Berufsgruppen Aufgaben klar zugeordnet. Es finden regelmäßig Treffen von Sozialdienst, Pflege, Diakoniestationen und Diako-Sanitätshaus statt, um Aktuelles zu besprechen u. Vereinbarungen zu treffen.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	In der Geriatrie wird eine Ergotherapie angeboten.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Pflegebereich arbeitet nach Pflegemodell von Nancy Roper (ATL). Die Bereichs- und Gruppenpflege kommt in einer modifizierten Form zur Anwendung. Im Intensivbereich wird nach der Bezugspflege gearbeitet. In der Geriatrie gibt es Case-Manager und strukturierte interdisziplinäre Teambesprechungen.
MP21	Kinästhetik	Fortbildungen zu Kinästhetik werden von einem qualifizierten Trainer angeboten. Anwendung im Rahmen der Pflegestandards.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Fortgebildetes Personal unterstützt die Patienten. Geriatrie: Multimodale Therapie mit Miktionsprotokoll, Toilettentraining, Physiotherapie, physikalische Therapie, Hilfsmittelversorgung, instrumenteller Harnblasen-Langzeitdrainage, medikamentöser Behandlung sowie Patienten- und Angehörigenberatung.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung.
MP25	Massage	Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage.
MP26	Medizinische Fußpflege	Auf Wunsch wird ein medizinischer Fußpfleger ins Haus bestellt.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Schulung von Patienten und Angehörigen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Einzeltherapie: KG auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, PNF), Gangschulung, Atemtherapie, apparativ-gestützte Mobilisation, apparativ-gestütztes Kraft- und Kreislauftraining. Gruppentherapie: Hockergymnastik für Rumpf u. obere Extremitäten bei Pat. mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	im Rahmen der physiotherapeutischen Einzeltherapie.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	In Kooperation mit Dr. med. Michael Schmidt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin; Betreuung durch abteilungsinterne Psychologin: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstraining; psychoonkologische Betreuung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen.
MP63	Sozialdienst	Sozialdienst berät Patienten, Angehörige bei: 1. Häuslichen Hilfen, wie Vermittlung amb. Pflegedienst, 2. Kurzzeitpflege, Heimplatz, Hospiz, 3. Hilfsmittel, 4. Rehabilitation, 5. Anträge bei Pflegekasse, gesetzliche Betreuung.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Vorträge für Laien und Fachpersonal in und außerhalb des eigenen Hauses, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. <a href="http://www.diakonie-kassel.de/fileadmin/DKK_Kassel/PDFs/pdfs_jan._2014/pdf_jan_2/AErzte_im_Dialog_Uebersicht_2014.pdf">http://www.diakonie-kassel.de/fileadmin/DKK_Kassel/PDFs/pdfs_jan._2014/pdf_jan_2/AErzte_im_Dialog_Uebersicht_2014.pdf</a>
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Zum Beispiel Sturzprophylaxe durch Mitarbeiter im Pflegedienst. Die Beratung der Angehörigen und Patienten erfolgt situationsbezogen. Es gibt in verständlicher Sprache Flyer zur Sturzprophylaxe, zu Noro-Viren oder zum Umgang mit MRSA. <a href="http://www.diakonie-kassel.de/Service-im-Krankenhaus/5470.0.html">http://www.diakonie-kassel.de/Service-im-Krankenhaus/5470.0.html</a>

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Die Entspannungstherapie wird von verschiedenen Praxen des anliegenden Facharztzentrums durchgeführt.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Gemäß Leitlinie für Diabetes im Alter der geriatrischen und diabetologischen Fachgesellschaften.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Für die Wund- und Stomabehandlung stehen ausgebildete Experten für die Beratung der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Fortbildungen zu Kinästhetik und Bobath werden angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden dies an. Hockergymnastik für Patienten mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Durch die organisatorische Einbindung und örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Wärmepackungen, Infrarot-Lichttherapie).
MP51	Wundmanagement	Auf den Stationen gibt es ausgebildete Wundexperten nach ICW. Ein standardisiertes Wundmanagement ist vorhanden. Ärzte, Pflegekräfte u. Apothekerin aktualisieren regelmäßig den hauseigenen Standard, der als "Leitfaden zur Wundbehandlung" dient.
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	Strukturiertes Überleitungsmanagement Es gibt eine Kooperation mit den Diakonie-Stationen. Diese sind Mitglied in der ständigen Arbeitsgruppe Überleitung (siehe auch MP15 Entlassungsmanagement).
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird bei Bedarf durch den Sozialdienst vermittelt. Ein strukturiertes Überleitungsmanagement erweist sich ebenso hilfreich wie Vorträge und Schulungen für Selbsthilfegruppen.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	u.a. Schlucktherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP37	Schmerztherapie/-management	Kooperation mit Schmerztherapeutischen Praxis Dr. Falk/Fröhlich. Multimodale Therapie, medikamentöse Schmerztherapie, Opiatrotation, Physiotherapie, Konsiliardienst.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP27	Musiktherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	



## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<a href="http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html">http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html</a>	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle stehen zur Verfügung.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		<a href="http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html">http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html</a>	Zwei-Bett-Zimmer stehen zur Verfügung.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<a href="http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html">http://www.diakonie-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html</a>	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle stehen zur Verfügung.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€		Mobile Fernsehgeräte können gegen eine Kautionsentlohnung entliehen werden.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0€		Neben einer Auswahl von Radioprogrammen kann die hausinterne Sendung Patientenfunk sowie die Übertragung von Andachten und Gottesdiensten gehört werden.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€		Jeder Bettplatz hat ein Telefon (Kartensystem).
NM19	Wertfach / Tresor am Bett/im Zimmer			Die Patienten haben die Möglichkeit den Tresor im Pflegedienstzimmer zu nutzen.
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Auf jeder Station steht ein Aufenthaltsraum zur Verfügung.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: muslimische Ernährung, vegetarische Ernährung		Vegetarische und muslimische Ernährung ist über die Küche zu bestellen.



<b>Nr.</b>	<b>Leistungsangebot</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Link</b>	<b>Kommentar</b>
NM65	Hotelleistungen		<a href="http://www.diako-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html">http://www.diako-kassel.de/Wahlleistungen.5541.0.html</a>	Auf Wunsch kann auf Selbstzahlerbasis der Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit verlängert werden, bzw. die Aufnahme am Vortag erfolgen.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilforganisationen		<a href="http://www.diako-kassel.de/Patienten-Besucher.5468.0.html">http://www.diako-kassel.de/Patienten-Besucher.5468.0.html</a>	Auf Wunsch vermittelt der Sozialdienst Kontakte zu Selbsthilforganisationen.
NM42	Seelsorge		<a href="http://www.diako-kassel.de/Patienten-Besucher.5468.0.html">http://www.diako-kassel.de/Patienten-Besucher.5468.0.html</a>	Evang. u. kath. Seelsorger u. Pfarrer besuchen regelmäßig Patienten und sind für Angehörige u. Mitarbeiter da. Patienten können Sakramente erhalten. Seelsorgeteam ist auch nachts und an Wochenenden über eine Rufbereitschaft erreichbar.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		<a href="http://www.diako-kassel.de/Gruene-Damen-und-Her.5519.0.html">http://www.diako-kassel.de/Gruene-Damen-und-Her.5519.0.html</a>	Alle Patienten werden im der Regel im Burgfeld-KH über das Aufnahmezimmer aufgenommen und von dort i. d. R. durch Pflegedienst auf Station begleitet.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Begleitpersonen können im Bedarfsfall mit aufgenommen werden. Wenn ein Patient im Sterben liegt, wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben, jederzeit dabeizubleiben.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		<a href="http://www.diakonie-kassel.de/Veranstaltungen/5446.0.html">http://www.diakonie-kassel.de/Veranstaltungen/5446.0.html</a>	Es finden regelmäßig, intern und auch extern, Informationsveranstaltungen mit wechselnden Themen für Patienten statt. Am Tag der offenen Tür kann man sich über die einzelnen Fachabteilungen und deren Fachspektrum informieren

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Die genaue Beschreibung der Barrierefreiheit finden Sie unter den einzelnen Fachabteilungen.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Famulanten sind sehr erwünscht und können jederzeit in allen Abteilungen famulieren. Kontakt über den Ärztlichen Direktor, Dr. A. Fiehn, MBA. Teilnahme an der Ausbildung von Studenten im Praktischen Jahr

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation.
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ausbildung der DKK im Verbund mit Rotes Kreuz Krankenhaus und Marienkrankenhaus Kassel in der CBG Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gGmbH mit 90 Ausbildungsplätzen. Die CBG kooperiert mit der Ev. Fachhochschule Darmstadt. Dies ermöglicht einen verkürzten Bachelorstudiengang.
HB09	Logopäde und Logopädin	Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation.
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation.



## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

**Betten:** 69

## A-10 Gesamtfallzahlen

**Vollstationäre Fallzahl:** 193  
**Teilstationäre Fallzahl:** 0  
**Ambulante Fallzahl:** 0

**A-11 Personal des Krankenhauses**

**A-11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,79

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,79	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,11

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,11	
Nicht Direkt	0	

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

**Anzahl:** 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,5	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,23

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,94

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Medizinische Fachangestellte**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,14

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,14	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

**Anzahl Vollkräfte:** 0,08

**Kommentar:** Die Ergotherapie ist ein fester Bestandteil der Geriatrie und Physikalischen Medizin.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

**A-12      Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

**A-12.1      Qualitätsmanagement**

**A-12.1.1      Verantwortliche Person**

**Funktion:** Geschäftsführerin  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.  
**Telefon:** 0561/1002-3010  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [geschaefsfuehrung@diako-kassel.de](mailto:geschaefsfuehrung@diako-kassel.de)



**A-12.1.2      Lenkungsgremium**

**Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche:** Geschäftsführung, stellvertr. Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Anästhesie, Innere Medizin, Radiologie, Mitarbeitervertretung, Medizincontrolling, Personalabteilung, Qualitätsmanagement

**Tagungsfrequenz des Gremiums:** monatlich

**A-12.2      Klinisches Risikomanagement**

**A-12.2.1      Verantwortliche Person**

**Angaben zur Person:** Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

**Funktion:** Geschäftsführerin  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. Stefanie Eilingsfeld, M. Sc.  
**Telefon:** 0561/1002-3010  
**Fax:** 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [geschaefsfuehrung@diako-kassel.de](mailto:geschaefsfuehrung@diako-kassel.de)

**A-12.2.2      Lenkungsgremium**

**Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe:** Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement  
**Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich:** Ärztlicher Direktor, Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement  
**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: QM-Handbuch mit konzernweiten und vielen eigenen Dokumenten zum RM, Datum: 22.10.2015	Enthält Dokumente zu den Themen: QM, RM, CIRS, M & M - Konferenzen, Patientensicherheit, Dokumentenmanagement, RM Übersicht Meldewege, Meinungsmanagement, EinsA - Qualitätsversprechen, Int. und Ext. Qualitätssicherung, Managementbewertung, Mitarbeiterbefragung, Audits, Qualitätspolitik, etc
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement, QM-Team-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra; Audit-Schulungen;
RM03	Mitarbeiterbefragungen		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.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	verschiedene Standards und Verfahrensanweisungen zum Notfallmanagement, z. B. zur Reanimation, zur Lungenembolie, zur Notsectio,

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Standards zur perioperativen Schmerztherapie, zur Spinalanästhesie, zur multimodalen Schmerztherapie, Empfehlungen zum Wundschmerz, Angaben zum Schmerzmanagement in jedem Fachspezifischen Standard
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Assessments zum Sturzrisiko, Standards zur Sturzprophylaxe
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird umgesetzt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Dienstanweisung zur Fehlervermeidung im Hinblick auf freiheitsentziehende Maßnahmen, Merkblatt zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	AGA Richtlinien und eigene Verfahrensanweisungen zu medizinischen Geräten
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Qualitätszirkel	zusätzlich Fallbesprechungen im Gefäßmedizinischen Arbeitskreis und im Kardiologischen Kolloquium, Root Cause Analysis bei besonderen Fällen
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Standards und Verfahrensanweisungen zur Dokumentation der Arzneimittel-Anordnung und Gabe, zum Umgang mit Arzneimitteln, mit BTM, zur Vermeidung von Medikationsfehlern, zur perioperativen Schmerztherapie, zum Verabreichen von AM über Sonde, Perfusorenlisten,

<b>Nr.</b>	<b>Instrument bzw. Maßnahme</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Kommentar</b>
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen, die von medizinischen Fachgesellschaften und Juristen freigegeben sind
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Konzernweit wird die AGA RISK-List verwendet. Verfahrensanweisung zur Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit- und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Richtlinie Patientensicherheit, Verfahrensanweisung (VA) zum Umgang mit Patienten-Identifikationsarmband, VA Eingriffs- und Seitenverwechslung, Formular Risk List
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Standard Überleitung/Entlassungsmanagement. Ziel ist die Sicherstellung der bestmöglichen Weiterversorgung des Patienten unter Berücksichtigung seiner biopsychosozialen Gesamtsituation.

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

<b>Internes Fehlermeldesystem:</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung:</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums:</b>	bei Bedarf
<b>Verbesserung Patientensicherheit:</b>	In unserer Einrichtung ist ein anonymes Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Erfassung kritischer Ereignisse etabliert. Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeit und Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	28.08.2015
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem:</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung:</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums:</b>	bei Bedarf

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	externe Beratung (für Gesamt-DKK, einschl. Diako + KDK)
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Für den Bereich Geriatrie.
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	eine 2. HFK befindet sich seit Mai 2014 in Weiterbildung (für Gesamt-DKK, einschl. Diako + KDK)
Hygienebeauftragte in der Pflege	3	In fast allen Bereichen sind hygienebeauftragte MA eingesetzt.

**Hygienekommission eingerichtet:** Ja  
**Tagungsfrequenz des Gremiums:** quartalsweise

#### Hygienekommission Vorsitzender

**Funktion:** Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Andreas Fiehn (MBA)  
**Telefon:** 0561/1002-1201  
**Fax:** 0561/1002-1205  
**E-Mail:** [a.fiehn@diako-kassel.de](mailto:a.fiehn@diako-kassel.de)



**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

**1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.**

Der Standard thematisiert insbesondere

- |  |    |
|--|----|
| a) Hygienische Händedesinfektion:                        | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle: | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit:                            | Ja |
| d) Weitere Hygienemaßnahmen:                             |    |
| - sterile Handschuhe:                                    | Ja |
| - steriler Kittel:                                       | Ja |
| - Kopfhaube:   | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz:                                     | Ja |
| - steriles Abdecktuch:                                   | Ja |

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert: Ja

**2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.**

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert: Ja

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

**Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.**

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst: Ja

Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.**

**1. Der Standard thematisiert insbesondere:**

- |   |    |
|---|----|
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe: | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika:                    | Ja |



- c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe: Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja
3. Antibiotikaphylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft: Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

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 Wundauflage: Ja
- e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion: Ja
- Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert: Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben.

Händedesinfektionsmittelverbrauch:

- auf allen Intensivstationen (ml/Patiententag): 0
- auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): 51,02

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs: Ja

### A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

- Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke: Ja
- Informationsmanagement für MRSA liegt vor: Ja
- Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen): Ja
- Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren: Ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk Nordhessen	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Regelmäßige Schulungen durch interne und externe Referenten sowie E-Learning Module
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	

#### 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, unser sogenanntes Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.
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 Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) vor.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige, Besucher und Kooperationspartner gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren freundlichen Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unser Mitarbeiter des Meinungsmanagements nimmt gerne Meinungen entgegen.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind im Krankenhaus Meinungsbögen ausgelegt. Zudem erhält jeder Patient bei der Aufnahme einen Meinungsbogen. Sofern von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeitende helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 10 Werktagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt. Falls sich die Rückmeldungsmöglichkeit verzögert, erhält der Beschwerdeführer unmittelbar eine Zwischennachricht.

**Regelmäßige Einweiserbefragungen**

Durchgeführt: Nein

**Regelmäßige Patientenbefragungen**

Durchgeführt: Ja

Link:

Kommentar:

Teilweise.

Durchgehende Patientenbefragung auf der gynäkologischen Abteilung  
Übernahme der Ergebnisse der Krankenkassen im Qualitätsbericht

**Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden**

Durchgeführt: Ja

Link: <http://www.diako-kassel.de/lhre-Meinung-ueber-u.5918.0.html>

Kommentar:

Wir haben für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeitende an zentralen Orten des Krankenhauses Meinungsbögen ausgelegt. Meinungsbögen können in vorgesehene Briefkästen im Eingangsbereich eingeworfen werden, um die Anonymität zu gewährleisten liegen Briefumschläge aus. Meinungsbögen können per Post an das Meinungsmanagements gesendet werden. Unsere Homepage <http://www.diako-kassel.de/Meinungsmanagement.5918.0.html> bietet eine weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung.

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Funktion: Meinungsmanager

Titel, Vorname, Name: Thomas Penkazki

Telefon: 0561/1002-3480

Fax: 0561/1002-3485

E-Mail: [t.penkazki@diako-kassel.de](mailto:t.penkazki@diako-kassel.de)

**Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: <http://www.diako-kassel.de/lhre-Meinung-ueber-u.5918.0.html>

Kommentar: Sprechzeiten: Mo, Mi und Fr von 11 bis 14 Uhr,  
zusätzlich bei Bedarf.

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin****Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: nicht vorhanden, umfassendes Angebot von Seelsorgemitarbeitenden

### **A-13      Besondere apparative Ausstattung**

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h verfügbar</b>	<b>Kommentar</b>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	In Kooperation mit einer niedergelassenen Radiologischen Praxis am Standort Diakonissen-Krankenhaus.
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	am Standort Diakonissen-Krankenhaus
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	in Kooperation extern.

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

### **B-1 Klinik für Altersmedizin**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Altersmedizin**

**Fachabteilung:** Klinik für Altersmedizin

**Fachabteilungsschlüssel:** 0200

**Art:** Hauptabteilung

**Chefarzt/-Ärzte**

**Funktion:** Chefarzt der Klinik Geriatrie  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Heinz - Jürgen Harhoff  
**Telefon:** 0561/1002-1015  
**Fax:** 0561/1002-1005  
**E-Mail:** [geriatrie@diako-kassel.de](mailto:geriatrie@diako-kassel.de)



**Öffentliche Zugänge**

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

**Zielvereinbarung gemäß DKG:** Keine Vereinbarung geschlossen

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Ergometertraining. Gefäßerweiterungen (PTCA mit und ohne Stent) in der kardiologischen Abteilung unseres Hauses.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Transthorakale und transoesophageale Echokardiographie, EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG. Medikamentöse Therapie, Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Periphere Dopplersonographie, Angiographie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physik. Therapie. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. PTA mit und ohne Stent, Auflösung von Blutgerinnseln über Gefäßkatheter und Gefäßoperationen im Gefäßmedizinischen Zentrum des Hauses.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Venen-Kompressions-Duplexsono, Phlebographie. Medikamentöse Therapie von Thrombosen und Venenentzündungen. Physiotherapie und physikalische Therapie Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Sonographie einschl. Duplexsonographie der Nierengefäße, Angiographie, CT, MRT. Hämodialyse über assoziierte Dialysepraxis.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	U. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Ultraschall- und Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. Behebung von Mangelzuständen.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Sono, Röntgen, CT, Labor, in Kooperation mit der Abteilung Gastroenterologie, endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie). Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Sonographie, Röntgen, CT, Laboruntersuchungen, in Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie).
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Sonographie, CT.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Labor, Sonographie, CT. Medikamentöse Therapie, ggf. operative Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Labor, Röntgen. Medikation, Physiotherapie, physikalische Therapie.
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Geriatrische Frührehabilitation unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen.



<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin</b>	<b>Kommentar</b>
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Antimikrobielle Chemotherapie.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Im Rahmen der Behandlung geriatrisch-gerontopsychiatrischer Patienten (geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, psychologische und psychosoziale Interventionen).
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie. Medikamentöse Therapie. Herzschrittmacher- und Defibrillatorthherapie in der kardiologischen Abteilung unseres Krankenhauses.
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	In Kooperation mit einem assoziierten ambulanten Schlaflabor, Screening auf der Station.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie.
VI38	Palliativmedizin	Im Rahmen der geriatrischen Behandlung: palliativmedizinisches Assessment, medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie, psychologische und seelsorgerische Betreuung.
VI39	Physikalische Therapie	Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung und als begleitende Rehabilitation auf den internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Stationen (u. a. Massage, Manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kältetherapie, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Inhalationen).
VI40	Schmerztherapie	Medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit einer Schmerzpraxis an unserem Krankenhaus.
VI44	Geriatrische Tagesklinik	Geriatrische Tagesklinik siehe Standort Diakonissen-Krankenhaus.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kraniales CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Labor. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physik. Therapie, Ergo. PTA Gefäßoperationen im Gefäß-Zentrum.
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung.
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Altersmedizin	Kommentar
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Im Zentrum für Altersmedizin am Burgfeldkrankenhaus stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung sowie geriatrische Komplexbehandlung voll- und teilstationär.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.

#### **B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Altersmedizin**

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Altersmedizin	Kommentar
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Mit Zercur weitergebildete Mitarbeiter, Demenzcoach.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Alle elektrischen Betten sind höhenverstellbar und für übergroße Patienten bis 240 kg geeignet.
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	
BF23	Allergenarme Zimmer	Keine Pollenfilter vorhanden.
BF24	Diätetische Angebote	Diätberatung über die Küche möglich.

#### **B-1.5 Fallzahlen - Klinik für Altersmedizin**

**Vollstationäre Fallzahl:** 193  
**Teilstationäre Fallzahl:** 0

## **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	I63	28	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	S72	19	Knochenbruch des Oberschenkels
3	R26	16	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
4	I50	12	Herzschwäche
5	M96	10	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen
6	E86	9	Flüssigkeitsmangel
7	R29	8	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen
8	G45	7	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
9	R55	6	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
10	S32	6	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
11	F05	4	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
12	G40	4	Anfallsleiden - Epilepsie
13	J18	4	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
14	A09	< 4	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
15	B99	< 4	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit

### **B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Keine Angabe.

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	129	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	1-266	39	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	3-200	39	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	9-200	31	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	1-771	20	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
6	8-930	16	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
7	5-431	4	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
8	1-632	< 4	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	3-202	< 4	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
10	3-203	< 4	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
11	3-206	< 4	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
12	3-207	< 4	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
13	3-222	< 4	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
14	3-225	< 4	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
15	3-800	< 4	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel

### B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Keine Angabe.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Internistische Geriatrische Privatambulanz Dr. Harhoff</b>	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

### **B-1.9      Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

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**

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

#### **Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte:            1,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:            114,88095

#### **Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte:            1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 193

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

**Anzahl:** 0

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:**

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	volle Weiterbildungsermächtigung im Rotationssystem
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	Volle Weiterbildungsermächtigung
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF30	Palliativmedizin	

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 29,69231

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,23

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 839,13043



### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,94

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 205,31915

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
ZP02	Bobath	Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei Patienten wird anhand der Bradenskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP03	Diabetes	Diabetesberatung wird angeboten.
ZP05	Entlassungsmanagement	z.B. Überleitungspflege wird in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und Casemanagerin im therapeutischen Team durchgeführt.
ZP06	Ernährungsmanagement	In der Geriatrie wird bei jeder Neuaufnahme der BMI bestimmt und ein Ernährungsprotokoll angelegt. Die Einnahme der Mahlzeiten wird überwacht.
ZP07	Geriatrie	Die Weiterbildung Zercur wird über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) und die Akademie in Heidelberg angeboten und Mitarbeitende entsprechend qualifiziert.
ZP08	Kinästhetik	Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
ZP12	Praxisanleitung	Die Weiterbildung wird über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) angeboten. Weitergebildete Mitarbeiter sind auf allen Stationen im Einsatz.
ZP13	Qualitätsmanagement	Fortgebildete Mitarbeiter
ZP21	Rehabilitation	Fortgebildete Mitarbeiter
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeuten stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patienten und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP16	Wundmanagement	Ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) stehen zur Verfügung.

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

**Psychiatrische Fachabteilung:**                      Nein



## **B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Physikalische Medizin und Rehabilitation**

<b>Nr. Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Physikalische Medizin und Rehabilitation</b>	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

## **B-2.5 Fallzahlen - Physikalische Medizin und Rehabilitation**

**Vollstationäre Fallzahl:** 0  
**Teilstationäre Fallzahl:** 0

## **B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Keine Angabe.

### **B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Keine Angabe.

## **B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Keine Angabe.

### **B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

Keine Angabe.

## **B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Ambulanz Dr. Harhoff</b>	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Physiotherapie und physikalische Therapie (auf Rezept für VdAK-Versicherte)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Physiotherapie (VI00)

#### **Ambulanz Dr. Harhoff**

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Physikalische und Rehabilitative Medizin (Krankengymnastik, Ergotherapie, Physikalische Therapie und Logopädie durch entsprechend qualifizierte Therapeuten unter fachärztlicher Weisung)
Angebotene Leistung	Ergotherapie (VI00)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Physiotherapie (VI00)

### **B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Trifft nicht zu.

### **B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

### **B-2.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

#### **Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 0,11  
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,11

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,11	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

**Anzahl:** 0

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:**

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

**B-2.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** Das spezielle therapeutische Personal der Abteilung Physikalischen Medizin und Rehabilitation ist unter A 11.4 dargestellt.

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

### Medizinische Fachangestellte

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 0,14

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,14	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 0



**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

**B-2.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

**Psychiatrische Fachabteilung:**            Nein

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	< 4	< 4	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	9	88,9	

#### C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für Krankenhaus

##### 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
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	98,12 - 98,22%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	98,20 - 98,30%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	95,79 - 96,50%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	95,47 - 95,63%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	97,18 - 97,50%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	93,13 - 93,40%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	98,68 - 98,78%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	95,10 - 95,29%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	97,76 - 97,90%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	13,12 - 13,37%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,58
<b>Vertrauensbereich</b>	1,02 - 1,04
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00%
<b>Vertrauensbereich</b>	95,64 - 95,79%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades/der Kategorie 2 erwarben
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,32 - 0,33%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben
<b>Grundgesamtheit</b>	192
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,06 - 0,07%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,39 - 0,40%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Grundgesamtheit</b>	< 4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	< 4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,11
<b>Vertrauensbereich</b>	0,98 - 0,99
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
<b>Grundgesamtheit</b>	192
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel-Event
<b>Vertrauensbereich</b>	0,01 - 0,01%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	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 (a.F.)**

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Für Hessen sind dabei die folgenden Leistungsbereiche relevant:

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Teilnahme</b>
Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Nein
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Nein

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

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**

Trifft nicht zu.

**C-6            Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)**

Trifft nicht zu.

**C-7            Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)**

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	2
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]	2
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	2

## D 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 ff. 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:



## D-1 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 ff 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.

## D-2 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
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

### D-3 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 ff 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



CPU zertifiziert nach der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. Düsseldorf.



Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie

### D-4 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.



## D-5 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.

## D-6 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
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- 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.

## D-7 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:

### **Einführung des Patientenarmbandes**

Wie in vielen anderen Krankenhäusern gehört auch in unserem Haus die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit zum festen Bestandteil des Risikomanagements. Auf der Suche nach geeigneten Instrumenten fällt die Wahl auf die Einführung eines Identifikationsarmbandes zur Vermeidung von Patientenverwechslungen. Die Projektdurchführung orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen.

### **Standardisierung von Spritzenetiketten**

Um die Gefahr von Medikamentenverwechslungen zu verringern, haben wir die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Verwendung von Etiketten zur Kennzeichnung von Spritzen mit aufgezogenen Medikamenten umgesetzt. Jedes vom Anwender in eine Spritze aufgezogene Medikament wird in den Hochrisikobereichen mit einem Spritzenaufkleber gemäß DIVI-Standard gekennzeichnet.

### **Vermeidung von Seitenverwechslungen in der Chirurgie**

Um die Sicherheit, auch in Bezug auf Seitenverwechslungen, fehlende Aufklärungen etc. zu gewährleisten, wird eine Checkliste, die die wesentlichen Prozessabläufe und Verantwortlichkeiten insbesondere in den operativen Disziplinen abbildet, bei allen operativen Eingriffen verwendet. Mit dieser Maßnahme wird die Empfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit umgesetzt. (Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie).