



AGAPLESION  
DIAKONISSEN KRANKENHAUS

# 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>7</b>  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....  | 7         |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers .....   | 8         |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....   | 8         |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....   | 9         |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....  | 10        |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....                                      | 15        |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit .....  | 17        |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....   | 18        |
| A-9      | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....  | 18        |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....  | 18        |
| A-11     | Personal des Krankenhauses .....  | 19        |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....   | 30        |
| A-13     | Besondere apparative Ausstattung.....   | 38        |
| <b>B</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....</b>                    | <b>39</b> |
| B-1      | Geriatrie .....   | 39        |
| B-2      | Geriatrische Tagesklinik .....  | 50        |
| <b>C</b> | <b>Qualitätssicherung.....</b>  | <b>55</b> |
| C-1      | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....                        | 55        |
| C-1.1    | Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate.....   | 55        |
| C-2      | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.) .....                                | 78        |
| C-3      | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)<br>nach § 137f SGB V (a.F.) ..... | 78        |



|     |  |           |
|-----|--|-----------|
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....                          | 78        |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....   | 78        |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) .....        | 78        |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.) ..... | 79        |
|     | <b>Qualitätsmanagement.....</b>  | <b>80</b> |

## Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

**Funktion:** Qualitätsmanagementbeauftragter  
**Titel, Vorname, Name:** Frank Geib  
**Telefon:** 069/9533-2136  
**Fax:** 069/5330-34  
**E-Mail:** [frank.geib@fdk.info](mailto:frank.geib@fdk.info)



### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

**Funktion:** Geschäftsführer  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Dennis Göbel  
**Telefon:** 069/9533-2666  
**Fax:** 069/5330-34  
**E-Mail:** [markus@fdk.info](mailto:markus@fdk.info)



### Weiterführende Links

**Link zur Homepage des Krankenhauses:** <http://www.markus-krankenhaus.de>  
**Link zu weiterführenden Informationen:** <http://www.agaplesion.de>

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

Frankfurt am Main, im Dezember 2016

## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Das AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS verfügt als Schwerpunktkrankenhaus über eine Medizinisch-Geriatrie Klinik. Die Medizinisch-Geriatrie Klinik ist mit über 102 vollstationären Betten und 25 tagesklinischen Plätzen eine der größten Geriatrien im Rhein-Main-Gebiet. Im Zentrum der Bemühungen steht der Patient im fortgeschrittenen Lebensalter.

Bereits 2004 ist im AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2015. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten.

Bei Fragen steht Ihnen der Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Herr Frank Geib, unter der Telefonnummer (069) 9533 - 2136 oder per E-Mail zur Verfügung: [frank.geib@fdk.info](mailto:frank.geib@fdk.info)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. med. Dennis Göbel, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Frankfurt, den 22. Dezember 2016



Dr. med. Dennis Göbel  
Geschäftsführer  
AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

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

### **A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

#### **Krankenhaus**

**Krankenhausname:** AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH  
**Hausanschrift:** Ginnheimer Landstraße 94  
60487 Frankfurt am Main  
**Institutionskennzeichen:** 260641243  
**Standortnummer:** 99  
**Telefon:** 069/9533-0  
**Fax:** 069/5330-34  
**URL:** <http://www.fdk.info>

#### **Ärztliche Leitung**

**Funktion:** Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** Prof. Dr. med. Karl-Hermann Fuchs  
**Telefon:** 069/9533-2212  
**Fax:** 069/9533-2679  
**E-Mail:** [karl-hermann.fuchs@fdk.info](mailto:karl-hermann.fuchs@fdk.info)



#### **Pflegedienstleitung**

**Funktion:** Pflegedirektorin  
**Titel, Vorname, Name:** Ingrid Mauritz  
**Telefon:** 069/9533-2252  
**Fax:** 069/5343-79  
**E-Mail:** [ingrid.mauritz@fdk.info](mailto:ingrid.mauritz@fdk.info)



#### **Verwaltungsleitung**

**Funktion:** Vorsitzender der Geschäftsführung  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Dennis Göbel  
**Telefon:** 069/9533-2666  
**Fax:** 069/5330-34  
**E-Mail:** [dennis.goebel@fdk.info](mailto:dennis.goebel@fdk.info)



### Standort

**Standortname:** AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS

**Hausanschrift:** Holzhausenstraße 72-92  
60322 Frankfurt am Main

**Institutionskennzeichen:** 260641243

**Standortnummer:** 03

**Telefon:** 069/95937-50  
**Fax:** 069/95937-5399

**URL:** <http://markus-krankenhaus.de>

### Ärztliche Leitung

**Funktion:** Ärztlicher Direktor  
**Titel, Vorname, Name:** PD Dr. med. Rupert Püllen  
**Telefon:** 069/95937-5311  
**Fax:** 069/95937-5312  
**E-Mail:** [rupert.puellen@fdk.info](mailto:rupert.puellen@fdk.info)



### Pflegedienstleitung

**Funktion:** Pflegedienstleitung  
**Titel, Vorname, Name:** Birgit Soltau  
**Telefon:** 069/95937-5200  
**Fax:** 069/95937-5541  
**E-Mail:** [birgit.soltau@fdk.info](mailto:birgit.soltau@fdk.info)



### Verwaltungsleitung

**Funktion:** Verwaltungsdirektor  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Roland Strasheim  
**Telefon:** 069/9533-2930  
**Fax:** 069/9533891-2930  
**E-Mail:** [roland.strasheim@fdk.info](mailto:roland.strasheim@fdk.info)



## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

**Name:** AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH  
**Art:** Freigemeinnützig

## **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

**Lehrkrankenhaus:** Ja

**Universität:** Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

**A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

**Psychiatrisches Krankenhaus:** Nein  
**Regionale Versorgungsverpflichtung:** Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot             | Kommentar  |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare               | Patienten- und Angehörigenakademie "Medizin im Dialog" der AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN; Bereitstellung von Informationen zu Krankheitsbildern für Angehörige und Interessierte; Schwerpunkt auf Thema "Pflege von Angehörigen bei Demenz"                                 |
| MP54 | Asthmaschulung   | In speziellen Schulungen erhalten Patienten mit Asthma Informationen zum Umgang mit ihrer Erkrankung, damit sie ihren Alltag freier und unkomplizierter gestalten können. Neben therapeutischen Maßnahmen, wie die optimale Medikation, werden auch präventive Maßnahmen thematisiert. |
| MP06 | Basale Stimulation                                     | Ziel ist es, die Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung von beeinträchtigten Patienten zu fördern und zu aktivieren.  |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeiterprobung           | Zu unseren Angeboten im Bereich Belastungstherapie gehören u. a. das Belastungs-EKG und die Kipptisch- sowie Lungenfunktionsanalyse. Diese Untersuchungen werden in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt.  |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung                 | Rehabilitationsberatung zur größtmöglichen Wiederherstellung der Selbstständigkeit   |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Hospizdienst; stationäre Palliativversorgung und ambulante spezielle Palliativversorgung in Kooperation mit dem AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS; Trauerbegleitung; Abschiedsraum; Seelsorge  |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)       | Wiederherstellung der alltäglichen Bewegungsabläufe und Schmerzbewältigung   |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung                           | Beratung zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten; Magen-Darm-Erkrankungen; Übergewicht; Hypertonie; Diabetes; Stoffwechselerkrankungen  |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot  | Kommentar   |
|------|---|---|
| MP15 | Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege                                  | Pflegeüberleitung;<br>Sozialdienstberatung; frühzeitige<br>Hilfsmittelversorgung  |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie  | Beschäftigungs- und<br>Ergotherapie Räume, z. B. für: Holz-,<br>Ton-, Design- und Batikarbeiten,<br>Haushaltstraining, Malen und<br>Gestalten, Büro-, EDV-,<br>Konzentrations- und<br>Gedächtnistraining.   |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege                             | Fallsteuerung in enger Abstimmung<br>mit Patient, Sozialdienst,<br>Therapeuten, Ärztlichem Dienst und<br>Pflegedienst; Case Management;<br>Kodierung  |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage   | Fußreflexzonenmassagen werden u.<br>a. zur Anregung des Stoffwechsels<br>und der Durchblutung durchgeführt.   |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/<br>Konzentrationstraining | Für akut erkrankte<br>Demenzpatienten wurde ein<br>eigener Bereich geschaffen, der auf<br>die speziellen Bedürfnisse dieser<br>Patientengruppe ausgerichtet ist<br>(z.B. Therapiehund, Memory<br>Clinic).   |
| MP21 | Kinästhetik   | Bewegungs- und<br>Handlungsunterstützung um<br>bewegungs- und<br>wahrnehmungsbeeinträchtigte<br>Patienten richtig anzuleiten. Dabei<br>steht besonders der gezielte Einsatz<br>der patienteneigenen Ressourcen im<br>Mittelpunkt.   |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung   | Verhaltensinterventionen (z. B.<br>Toilettentraining);<br>Selbstständigkeitstraining (um<br>Abhängigkeiten beim Toilettengang<br>zu vermeiden oder zu beheben);<br>Hilfsmittelauswahl und Training;<br>Beckenbodenzentrum   |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage  | Diese Technik dient hauptsächlich<br>der Entstauung geschwollener<br>Körperregionen. Durch sanfte,<br>kreisende Massagegriffe können die<br>Schwellungen reduziert und<br>abgebaut werden. Die<br>Lymphdrainage findet vor allem in<br>postoperativen Nachbehandlungen<br>und bei chronischen<br>Gefäßerkrankungen ihre<br>Anwendung. |

| <b>Nr.</b> | <b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>  | <b>Kommentar</b>   |
|------------|--|--|
| MP25       | Massage  | Bindegewebemassage (BGM); Fußreflexzonenmassage  |
| MP26       | Medizinische Fußpflege   | Unterstützung, Anleitung bei der Fußpflege über externe Fußpflegeinstituten  |
| MP31       | Physikalische Therapie/Bädertherapie   | Die Physiotherapie umfasst Behandlungsmethoden, wie die Schlingentisch-Behandlung, manuelle Therapie, Kinesio-Taping oder Gerätetherapie, und orientiert sich stets an den Funktionseinschränkungen sowie Beschwerden des Patienten. |
| MP32       | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                           | Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP); Krankengymnastik am Gerät/ med. Trainingstherapie   |
| MP33       | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse  | Fortbildungsreihe "Medizin im Dialog" beinhaltet eine Vielzahl an Präventionsangebote (bspw. Verbeugung koronarer Erkrankungen).   |
| MP34       | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst                     | z.B. Gesprächstherapie   |
| MP35       | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik  | Im Bereich der Physiotherapie werden für Patienten mit Haltungsfehler oder nach Operation Gangschulungen angeboten.  |
| MP37       | Schmerztherapie/-management  | Zertifizierte Akutschmerztherapie; Weiterbildung Pain Nurse; Einsatz von Schmerzexperten auf Station   |
| MP63       | Sozialdienst   | Betreuung krankheitsbedingter; familiärer, persönlicher und wirtschaftlicher Sorgen; Vermittlung an Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation sowie Anschlussheilbehandlungen                        |
| MP64       | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  | z.B. Messepräzens; Darstellung der Klinik und der Pflegeausbildung an allgemeinbildenden Schulen   |
| MP39       | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | z.B. Schulungen zur Vermeidung von Stürzen   |
| MP40       | Spezielle Entspannungstherapie   | Im Bereich der Entspannungstherapie bieten wir Heißluft, Fango, heiße Rolle, Fußreflex- und verschiedene Massagen sowie die Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen an.   |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                     | Kommentar  |
|------|--|--|
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | In Kooperation mit der Diabetologie des AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUSES. Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Spritzen und Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung; Kooperation zu diabetesgerechter Ernährung mit externer Ernährungsberatung |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot                      | z.B. Stomaberatung; Kontinenzberatung; Wundenexperten; Hygieneexperten; Schmerzexperten und Pain Nurse; spezielle Angebote für die Geriatrie (Zercur); Palliative Care   |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie                                | Unser Angebot der Bewegungstherapie reicht von Gymnastik bis Gerätetraining. Diese Therapieformen sind sowohl ambulant als auch stationär in den Praxisräumen der physikalischen Therapie verfügbar. Techniken, wie Dehnungen, Massage, Gelenkbehandlung oder Muskelkräftigung.                            |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie                            | Aufgabe der Logopädie ist die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, die oft durch einen Schlaganfall oder andere neurologische Erkrankungen entstehen.  |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung  | z.B. Stomaexperten; Rehabilitation des Stomaträgers durch angemessene Aufklärung; Anleitung zur Stomapflege  |
| MP51 | Wundmanagement   | Einsatz von Wundexperten auf den Stationen; Versorgung von chronischen Wunden sowie von komplizierten operativen Wunden  |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                                      | Kommentar   |
|------|---|---|
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen   | Zur Förderung der Durchblutung und der Schmerzlinderung werden z. B. Heißluftbehandlung (oder Rotlicht) durchgeführt. Kältepackungen oder lokale Eiseinreibungen dienen der Linderung von Entzündungssymptomen an den Gelenken und Sehnen, Schmerzen und Entzündungen sowie Schwellungen. |
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege | Kooperation mit Wohn- und Pflegeeinrichtungen, sowie ambulanten Pflegediensten im Rahmen des Entlassmanagements   |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie   | Manualtherapie kann nach Bedarf in der Einrichtung angeboten werden.  |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik                                   | Kooperation mit ansässigen Sanitätshäusern (Anpassung der Prothesen erfolgt bereits während des Krankenhausaufenthaltes)  |

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

| Nr.  | Leistungsangebot                                    | Zusatzangaben  | Link | Kommentar  |
|------|---|--|------|--|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle               |  |      | Anzahl: 8  |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) |  |      | Generell besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson des Patienten im gleichen Zimmer unterzubringen. Hierfür fallen zusätzliche Kosten an.  |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer                      | Kosten pro Tag: 0€   |      | Die Nutzung von Fernsehern ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer können gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich erworben werden.  |
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer                 | Kosten pro Tag: 0€   |      | Wer einen eigenen Laptop mitbringt, hat über ein Ticketsystem (Empfang) die Möglichkeit, kostenlos das Internet über WLAN zu nutzen.   |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett                             | Kosten pro Tag: 0€   |      | Die Nutzung von Radio ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer sind gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich zu erwerben. Den Patienten stehen mehrere Rundfunkprogramme zur Verfügung. |
| NM18 | Telefon am Bett                                     | Kosten pro Tag: 1,97€<br>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€<br>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€ |      | Jeder Patient erhält während seines stationären Aufenthaltes ein persönliches Telefon mit eigener Rufnummer.   |

| Nr.  | Leistungsangebot  | Zusatzangaben   | Link | Kommentar   |
|------|---|---|------|---|
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen   | Kosten pro Stunde maximal: 0,0€<br>Kosten pro Tag maximal: 0,0€ |      | Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich ein Besucherparkplatz.  |
| NM40 | Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen |   |      | Die Patientenbegleiter unterstützen die Patienten bei Bedarf. Daneben begleiten Pflegeserviceassistenten und der Transportdienst oder die Pflegekraft den Patienten falls nötig, z. B. auf Station.   |
| NM42 | Seelsorge   |   |      | Die Seelsorge in unseren Krankenhäusern bietet unabhängig von Konfessions- und Religionszugehörigkeit Hilfe und Begleitung an. Dazu gehören neben dem Gespräch: Gebet und Segen, Feier des Abendmahls, Krankenkommunion und Krankensalbung am Bett des sterbenden Menschen.               |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen  |   |      | Die Veranstaltungsreihe "Medizin im Dialog" bietet Patienten, Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit, neben den Gesprächen mit dem behandelnden Arzt, der Pflege und den Therapeuten, Informationen über Krankheitsbilder und Untersuchungs- wie auch Behandlungsmethoden zu erhalten. |



| Nr.  | Leistungsangebot                       | Zusatzangaben | Link | Kommentar  |
|------|--|---------------|------|--|
| NM67 | Andachtsraum                           |               |      | Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, Abschied im Patientenzimmer zu nehmen. Alternativ kann der Aussegnungsraum oder auch die Pietät genutzt werden, worauf die Angehörige hingewiesen werden. In der Kapelle besteht für die Angehörigen die Möglichkeit, sich zurückzuziehen. |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer                        |               |      | Anzahl: 5  |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer                       |               |      | Anzahl: 15   |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |               |      | Anzahl: 15   |

#### A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit   | Kommentar  |
|------|---|--|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | Einzelne Aspekte der Barrierefreiheit finden Sie den Fachabteilungen zugeordnet.   |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug                                 | Die Aufzüge verfügen über behindertengerechte Ausstattungen wie z.B. Lichtvorhang (erkennt Personen und Hindernisse im Türbereich und verhindert Türschließen), rollstuhlgerechtes horizontales Kabinentableau und Notrufeinrichtung. Aufzüge auf den Zwischenstockwerken auf Station. |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen          | Rollstuhlgerechte barrierefreie Toiletten; Dies bedeutet ein spezielles WC-Becken mit ausreichenden Bewegungsflächen vor und neben dem WC sowie hochklappbaren Stützklappgriffen.  |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung                  | Große, kontrastreiche Wegweiser zur besseren Orientierung der Patienten mit einem geringeren Sehvermögen.  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar  |
|------|--|--|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten                     | Viele der an den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter sind als Privatdozenten und Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen (z. B. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, Charité Universitätsmedizin Berlin) tätig.                |
| FL03 | Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                   | Medizinstudenten können im Anschluss an das theoretische Studium ihr Praktisches Jahr im Haus absolvieren. Teil der Ausbildung sind Fortbildungsveranstaltungen sowie die Teilnahme am klinischen Alltag. Auch Studenten der Pflege-, Rechts- und Betriebswissenschaften können ihr Praktikum absolvieren. |
| FL09 | Doktorandenbetreuung   | In verschiedenen Fachbereichen (z.B. Chirurgie, Innere Medizin) werden Doktoranden mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Promotion betreut. Die praktischen Einsätze werden fächer- und standortübergreifend durchgeführt.   |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen                                     | Kommentar  |
|------|---|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | Die Einrichtung bietet 120 Ausbildungsplätze in 6 Kursen für die 3-jährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Weiter Informationen gibt es unter: <a href="http://www.krankenpflegeschule-frankfurt.de">www.krankenpflegeschule-frankfurt.de</a> . Die Ausbildung kann auch in Teilzeit absolviert werden. |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

**Betten:** 127

## A-10 Gesamtfallzahlen

**Vollstationäre Fallzahl:** 1715

Teilstationäre Fallzahl: 356  
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: 14,5

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 14,5              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 14,5              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,8

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,8               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,8               |           |
| 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 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 32

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 32                |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 32                |           |
| 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:** 11,4

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 11,4              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 11,4              |           |
| 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:** 4

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4                 |           |
| 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                 |           |

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

### Personal insgesamt

**Anzahl Vollkräfte:** 1,7

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,7               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,7               |           |
| 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**

**SP02 - Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,7               |           |
| Ambulant        | 0,3               |           |



| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl<br>Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|----------------------|-----------|
| Direkt                   | 1                    |           |
| Nicht Direkt             | 0                    |           |

**SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin**

Anzahl Vollkräfte: 6

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4,2               |           |
| Ambulant        | 1,8               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP14 - Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin**

Anzahl Vollkräfte: 3

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,1               |           |
| Ambulant        | 0,9               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin**

Anzahl Vollkräfte: 9

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 6,3               |           |
| Ambulant        | 2,7               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 9                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin**

Anzahl Vollkräfte: 1,8

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,3               |           |
| Ambulant        | 0,5               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,8               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,4               |           |
| Ambulant        | 0,6               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,1               |           |
| Ambulant        | 0,9               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,7               |           |
| Ambulant        | 0,3               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie**

Anzahl Vollkräfte: 5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,5               |           |
| Ambulant        | 1,5               |           |

  

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 5                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

**Funktion:** Qualitätsmanagementbeauftragter  
**Titel, Vorname, Name:** Frank Geib  
**Telefon:** 069/9533-2136  
**Fax:** 069/5330-34  
**E-Mail:** frank.geib@fdk.info

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

**Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche:** Der Qualitätsmanagementbeauftragte tauscht sich im monatlichen Turnus mit dem Qualitätsmanagement-Team aus. Das Team, bestehend aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungs- und Funktionsbereiche, erarbeitet gemeinsame Lösungen und sorgt für deren Umsetzung.

**Tagungsfrequenz des Gremiums:** monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

**Funktion:** Qualitätsmanagementbeauftragter  
**Titel, Vorname, Name:** Frank Geib  
**Telefon:** 069/9533-2136  
**Fax:** 069/5330-34  
**E-Mail:** frank.geib@fdk.info

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

**Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe:** Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement  
**Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich:** In unserer Einrichtung tagen CIRS-Basisteams, bestehend aus Mitgliedern der verschiedenen Professionen, Abteilungs- und Funktionsbereiche bei Bedarf. Das CIRS-Basisteam beschäftigt sich mit der Erfassung von Beinahe-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie der Aufbereitung von Lösungsstrategien.

**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: AGA Richtlinie Qualitätsmanagement<br>Datum: 14.04.2015 | RK =<br>Rahmenkonzeption; RL<br>= Richtlinie<br><br>RL - AGA Interne<br>Qualitätssicherung<br>(17.12.2014)<br>RL - AGA Externe<br>Qualitätssicherung<br>(17.12.2014)<br>RK - AGA CIRS<br>(17.04.2015)<br>RK - AGA Morbiditäts-<br>und<br>Mortalitätskonferenzen<br>(28.08.2015)<br>RL - AGA<br>Patientensicherheit<br>(17.04.2015)<br>(und weitere) |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen   |   | AGA<br>Rahmenkonzeption<br>Fort- und<br>Weiterbildung<br>(20.07.2015)<br>(QMT-Schulungen;<br>Schulungen im<br>Dokumentenmanagem<br>entsystem roXtra;<br>Audit-Schulungen;<br>Schulungen im Bereich<br>Risikomanagement und<br>CIRS; Schulungen im<br>Bereich<br>Meinungsmanagement<br>etc.)   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen   |   | AGA<br>Rahmenkonzeption<br>Mitarbeiterbefragung<br>(09.02.2015)<br>Die Zufriedenheit<br>unserer Mitarbeiter<br>beeinflusst wesentlich<br>die Qualität unserer<br>Einrichtung. Durch die<br>regelmäßig<br>stattfindende anonyme<br>Mitarbeiterbefragung<br>haben alle Mitarbeiter<br>eine weitere<br>Möglichkeit sich aktiv<br>einzubringen.         |



| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben  | Kommentar  |
|------|---|--|--|
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement  | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)                                  | Konkretisierend sind einrichtungsinterne Notfallalgorithmen (z.B. Reanimationsalgorithmus) vorhanden   |
| RM05 | Schmerzmanagement   | Name: FDK Handbuch Schmerztherapie<br>Datum: 12.02.2015                    | Das Handbuch enthält die wichtigsten Standards und Leitlinien zur Schmerztherapie  |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Name: FDK Standard Sturzprophylaxe<br>Datum: 25.11.2014                    | In den AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN wird flächendeckend eine Sturzassessment erhoben (Stratify-Skala)  |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: FDK Standard Dekubitusprophylaxe<br>Datum: 25.11.2014                | In den AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN sind flächendeckend Wundexperten im Einsatz. Wunden werden mittels Foto-Wunddokumentation erfasst.   |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen   | Name: FDK Standard Fixierung eines Patienten<br>Datum: 01.09.2010          |  |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten   | Name: AGA Richtlinie Meldung Vorkommnisse Medprodukte<br>Datum: 10.09.2013 | AGA<br>Verfahrensanweisung AMTech Anweisung für Anwender (09.2015)<br><br>Der Ablauf im Umgang mit funktionsausfällen und sonstigen Mängel mit Medizinprodukten ist geregelt.  |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>Qualitätszirkel                 | In unsere Einrichtung findet eine Vielzahl regelmäßiger interdisziplinärer Fallbesprechungen/-konferenzen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. |

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme                                    | Zusatzangaben  | Kommentar  |
|------|---|--|--|
| RM11 | Standards zur sicheren Medikamentenvergabe                  | Name: FDK Verfahrensanweisung<br>Richten der Medikamente<br>Datum: 15.04.2015                            | Die Umsetzung der Medikamentensicherheit wird, u.a., durch die strikte Einhaltung des Vier-Augen-Prinzips beim Richten der Medikamente sichergestellt.   |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen                |  | Um unsere Patienten in die Lage zu versetzen eine medizinische Situation soweit zu verstehen, dass dadurch die notwendigen Voraussetzung geschaffen sind, bei einer fundierten Entscheidung über die medizinische Vorgehensweise mitzuentcheiden, setzen wir auf standardisierte Aufklärungsbögen. |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Name: AGA Verfahrensanweisung<br>Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen<br>Datum: 16.04.2015 |  |
| RM18 | Entlassungsmanagement                                       | Name: AGA Rahmenkonzeption<br>Fallbegleitete Kodierung/<br>Casemanagement<br>Datum: 16.04.2015           |  |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

|  |   |
|--|---|
| <b>Internes Fehlermeldesystem:</b>       | Ja  |
| <b>Regelmäßige Bewertung:</b>            | Ja  |
| <b>Tagungsfrequenz des Gremiums:</b>     | bei Bedarf  |
| <b>Verbesserung Patientensicherheit:</b> | Identifizierte Schwächen werden umgehend zu Gunsten der Patientensicherheit nachhaltig optimiert. |

| Nr.  | Instrument und Maßnahme   | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor                                       | 03.09.2015    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  | "bei Bedarf"  |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | halbjährlich  |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

**Übergreifendes Fehlermeldesystem:** Ja  
**Regelmäßige Bewertung:** Ja  
**Tagungsfrequenz des Gremiums:** monatlich

| 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) |
|---|-------------------|
| Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen  | 1                 |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen   | 3                 |
| Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen<br>für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1                 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege  | 2                 |

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

#### Hygienekommission Vorsitzender

**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** Prof. Dr. med Karl-Hermann Fuchs  
**Telefon:** 069/9533-2212  
**Fax:** 069/9533-2679  
**E-Mail:** [karl-hermann.fuchs@fdk.info](mailto:karl-hermann.fuchs@fdk.info)

### 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 Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst: Nein

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt nicht vor.

#### **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): 160,00
- auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): 44,00

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                    |
|------|--|----------------------------------|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS<br>ITS-KISS<br>OP-KISS |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)   | Zertifikat Gold                  |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen  |                                  |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement   | Kommentar / Erläuterungen | Kommentar / Erläuterungen   |
|---|---------------------------|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt  | Ja                        | Das Lob- und Beschwerdemanagement, 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 konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor.  |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | Ja                        | unseren freundlichen Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement nimmt gerne Meinungen entgegen.  |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | Ja                        | Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern es gewünscht ist, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mailadresse) des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann. |
| Die 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 5 Tagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.   |

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Durchgeführt:</b> | Ja  |
| <b>Link:</b>         | <a href="http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Qualitaetsmanagement.5072.0.html">http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Qualitaetsmanagement.5072.0.html</a>   |
| <b>Kommentar:</b>    | Um die Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus zu messen, finden regelhaft Befragungen statt. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit unserem Krankenhaus ist ein guter Indikator für die Qualität unserer Leistungen. |

### Regelmäßige Patientenbefragungen

|                      |    |
|----------------------|----|
| <b>Durchgeführt:</b> | Ja |
|----------------------|----|

**Link:** <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Qualitaetsmanagement.5072.0.html>  
**Kommentar:** Zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit werden regelhaft folgende Patientengruppen mittels "Consort- Befragung" befragt:  
- Patienten des stationären geriatrischen Bereichs  
- Patienten der geriatrischen Tagesklinik

#### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

**Funktion:** Meinungsmanagementbeauftragte  
**Titel, Vorname, Name:** Inge Cziesche  
**Telefon:** 069/95937-5423  
**Fax:** 069/95937-5422  
**E-Mail:** [inge.cziesche@fdk.info](mailto:inge.cziesche@fdk.info)

#### **Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement**

**Link zum Bericht:** <http://www.markus-krankenhaus.de/Lob-Beschwerden-und.5073.0.html>  
**Kommentar:** Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patienten, Angehörigen oder Besucher nimmt sich eine Mitarbeiterin des Meinungsmanagement an. Sie steuert den gesamten Meinungsmanagementprozess von Aufnahme über Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Meinungsführer.

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

**Funktion:** Patientenfürsprecher  
**Titel, Vorname, Name:** Hans-Jürgen Kaestner  
**Telefon:** 069/95937-5223  
**E-Mail:** [hans-juergen.kaestner@unitybox.de](mailto:hans-juergen.kaestner@unitybox.de)

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

**Kommentar:** Für alle Anliegen, Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden stehen unseren Patienten und Ihren Angehörigen ein Patientenfürsprecher als unabhängiger Ansprechpartner zur Seite - auch in Notsituationen.

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

„entfällt“

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

### **B-1 Geriatrie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben - Geriatrie**

**Fachabteilung:** Geriatrie

**Fachabteilungsschlüssel:** 0200  
0100  
0102  
0103  
0104  
0300  
0500  
0533  
0700  
0800  
0900  
1600  
3752

**Art:** Hauptabteilung

**Chefarzt/-Ärzte**

**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** PD Dr. med. Rupert Püllen  
**Telefon:** 069/95937-5311  
**Fax:** 069/95937-5312  
**E-Mail:** [monika.sommer@fdk.info](mailto:monika.sommer@fdk.info)



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

**Zielvereinbarung gemäß DKG:** Keine Vereinbarung geschlossen

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie             | Kommentar   |
|------|--|---|
| VI00 | VI00 - Sonstige im Bereich Innere Medizin              | Behandlungsschwerpunkte der Medizinisch Geriatriischen Klinik:<br>Neurologische Erkrankungen und Schlaganfällen;<br>Herzerkrankungen;<br>Lungenerkrankungen;<br>Stoffwechselerkrankungen;<br>Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems;<br>Gangstörung;<br>Chronische Schmerzsyndrome                             |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | spezieller Bereich für akut erkrankte Demenzpatienten;<br>Krankengymnastik; Massage;<br>physikalische Therapie;<br>Ergotherapie; Logopädie;<br>Psychologie; Kontinenzberatung;<br>Sozialarbeit; aktivierende Pflege und Seelsorge;<br>alle gängigen Untersuchungsverfahren von Ultraschalldiagnostik bis Endoskopie |

#### B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie

| Nr.  | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie   | Kommentar   |
|------|--|---|
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  | Schwerpunktversorgung Demenzerkrankter. Kennzeichnung der Räumlichkeiten und Toiletten durch Piktogramme. Gestaltung eines geschützten Bereiches (z.B. für weglaufgefährdete Patienten) durch besondere Farbgestaltung. Milieugerechter Tagesraum.                            |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  | Betreuung Demenzkranker durch besonders qualifiziertes Personal. Zusätzliche Unterstützung durch Präsenzkraft. Einsatz eines Therapiehundes im Demenzbereich in Begleitung durch eine Psychologin.  |
| BF24 | Diätetische Angebote   | Auswahl aus einer Vielzahl von Komponenten, soweit das im Rahmen der ärztlich verordneten Kostform möglich ist. Patienten erhalten individuelle Beratungen auch über die besonderen Aspekte der Ernährung; vegetarische Gerichte  |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe | Für jede Indikation gibt es einen geeigneten Kompressionsstrumpf. Dieser wird immer individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt.   |
| BF25 | Dolmetscherdienst  | Das AGAPLESION DIAKONISSENKRANKENHAUS verfügt über einen vertraglich angebotenen Dolmetscherdienst.   |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  | Bosnisch; englisch; eritreisch; französisch; indisch; italienisch; koreanisch; kroatisch; litauisch; mazedonisch; serbokroatisch; persisch; philippinisch; polnisch; portugiesisch; rumänisch; russisch; spanisch; tschechisch; türkisch; ukrainisch; ungarisch; weißrussisch |

#### B-1.5 Fallzahlen - Geriatrie

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| <b>Vollstationäre Fallzahl:</b> | 1715 |
| <b>Teilstationäre Fallzahl:</b> | 0    |

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung   |
|------|--------|----------|--|
| 1    | S72    | 226      | Knochenbruch des Oberschenkels   |
| 2    | R26    | 179      | Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit  |
| 3    | S32    | 88       | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens                                |
| 4    | I50    | 65       | Herzschwäche   |
| 5    | S42    | 53       | Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms                             |
| 6    | M16    | 45       | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes                                       |
| 7    | I21    | 43       | Akuter Herzinfarkt   |
| 8    | S22    | 36       | Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule                |
| 9    | N17    | 34       | Akutes Nierenversagen  |
| 10   | I70    | 32       | Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose                                       |
| 11   | I63    | 30       | Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt            |
| 12   | M54    | 30       | Rückenschmerzen  |
| 13   | I64    | 28       | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Blutgefäßverschluss bezeichnet                |
| 14   | J44    | 28       | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD |
| 15   | M17    | 27       | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes                                       |

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung   |
|------|---------|--------|--|
| 1    | 8-550   | 1211   | Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen |
| 2    | 1-770   | 512    | Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen  |
| 3    | 9-401   | 361    | Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention           |
| 4    | 9-200   | 101    | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen  |
| 5    | 8-800   | 96     | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger                       |
| 6    | 1-710   | 51     | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie  |
| 7    | 3-900   | 47     | Messung des Mineralsalzgehaltes des Knochens - Knochendichtemessung  |
| 8    | 1-207   | 44     | Messung der Gehirnströme - EEG   |
| 9    | 1-206   | 41     | Untersuchung der Nervenleitung - ENG   |
| 10   | 1-771   | 40     | Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen  |
| 11   | 1-208   | 13     | Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)  |
| 12   | 8-987   | 7      | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern                                  |
| 13   | 8-771   | 6      | Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung   |
| 14   | 3-993   | 5      | Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit   |
| 15   | 1-204   | < 4    | Untersuchung der Hirnwasserräume   |

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatambulanz PD. Dr. med. Rupert Püllen

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| Ambulanzart         | Privatambulanz (AM07)      |
| Kommentar           | Sprechstunde               |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VI27) |

### AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Ergotherapie

|             |   |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (a.F.) (AM10)  |
| Kommentar   | AMBULANTES THERAPIEZENTRUM<br><br>Irina Horchler<br><br>Holzhausenstr. 72-92<br>60322 Frankfurt am Main<br>T (069) 95 93 7 - 54 00<br>F (069) 95 93 7 - 54 01 |

### AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Logopädie

|             |  |
|-------------|--|
| Ambulanzart | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (a.F.) (AM10)   |
| Kommentar   | AMBULANTES THERAPIEZENTRUM<br><br>Catrine Finkler<br><br>Holzhausenstr. 72-92<br>60322 Frankfurt am Main<br>T (069) 95 93 7 - 54 00<br>F (069) 95 93 7 - 54 01 |

### AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Physiotherapie

|             |  |
|-------------|--|
| Ambulanzart | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (a.F.) (AM10)   |
| Kommentar   | AMBULANTES THERAPIEZENTRUM<br><br>Gabriele Ermentraut<br><br>Holzhausenstr. 72-92<br>60322 Frankfurt am Main<br>T (069) 95 93 7 - 54 00<br>F (069) 95 93 7 - 54 01 |

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

Trifft nicht zu.

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

|  |      |
|--|------|
| <b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:</b> | Nein |
| <b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden:</b>                          | 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: 13,2

##### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 13,2              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 13,2              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 129,92424

#### Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,5

##### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 1143,33333

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

**Anzahl:** 0

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 0

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin  |
| AQ63 | Allgemeinmedizin  |

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

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF02 | Akupunktur           |
| ZF09 | Geriatric            |
| ZF13 | Homöopathie          |
| ZF28 | Notfallmedizin       |
| ZF30 | Palliativmedizin     |

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 32

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 32                |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 32                |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 53,59375

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 9

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

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 9                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 9                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 190,55556

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 4



**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 428,75

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,7

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,7               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,7               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 1008,82353

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

| <b>Nr.</b> | <b>Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss</b> |
|------------|---|
| PQ05       | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten                           |
| PQ02       | Diplom  |

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikation</b> |
|------------|----------------------------|
| ZP01       | Basale Stimulation         |
| ZP02       | Bobath                     |
| ZP05       | Entlassungsmanagement      |
| ZP07       | Geriatric                  |
| ZP08       | Kinästhetik                |
| ZP09       | Kontinenzmanagement        |
| ZP12       | Praxisanleitung            |
| ZP14       | Schmerzmanagement          |
| ZP16       | Wundmanagement             |
| ZP17       | Case Management            |
| ZP18       | Dekubitusmanagement        |
| ZP03       | Diabetes                   |
| ZP19       | Sturzmanagement            |

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

**Psychiatrische Fachabteilung:**           Nein

## B-2 Geriatrische Tagesklinik

### B-2.1 Allgemeine Angaben - Geriatrische Tagesklinik

**Fachabteilung:** Geriatrische Tagesklinik

**Fachabteilungsschlüssel:** 0260  
0200  
0261

**Art:** Hauptabteilung

**Chefarzt/-Ärzte**

**Funktion:** Chefarzt

**Titel, Vorname, Name:** PD Dr. med. Rupert Püllen

**Telefon:** 069/95937-5311

**Fax:** 069/95937-5312

**E-Mail:** [monika.sommer@fdk.info](mailto:monika.sommer@fdk.info)



### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

**Zielvereinbarung gemäß DKG:** Keine Vereinbarung geschlossen

### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Geriatrische Tagesklinik

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote - Geriatrische Tagesklinik | Kommentar   |
|------|---|---|
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen    |   |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik                                  | Behandlung von Patienten mit funktionellen Einbußen, insbesondere Gangstörungen oder Schmerzsyndrome; Memory Klinik zur Abklärung kognitiver Defizite bei multimorbiden älteren Patienten, die Abklärung von Gedächtnisstörungen älterer Patienten sowie das Abklären und die Prävention von Stürzen. |

### B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrische Tagesklinik

| Nr.  | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrische Tagesklinik (PD Dr. Püllen) | Kommentar   |
|------|---|---|
| BF25 | Dolmetscherdienst   | Das AGAPLESION DIAKONISSENKRANKENHAUS verfügt über einen vertraglich angebundene Dolmetscherdienst. |

### B-2.5 Fallzahlen - Geriatrische Tagesklinik

**Vollstationäre Fallzahl:** 0

**Teilstationäre Fallzahl:** 356

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

„entfällt“

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

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

| <b>Rang</b> | <b>OPS-301</b> | <b>Anzahl</b> | <b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>  |
|-------------|----------------|---------------|--|
| 1           | 8-98a          | 2779          | Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt  |
| 2           | 1-902          | 34            | Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests  |
| 3           | 3-900          | 5             | Messung des Mineralsalzgehaltes des Knochens - Knochendichtemessung  |
| 4           | 1-204          | < 4           | Untersuchung der Hirnwasserräume   |
| 5           | 1-207          | < 4           | Messung der Gehirnströme - EEG   |
| 6           | 1-900          | < 4           | Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden                          |
| 7           | 1-901          | < 4           | (Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation |
| 8           | 3-993          | < 4           | Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit   |
| 9           | 9-401          | < 4           | Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention               |

## **B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

## **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:           1,3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,3               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:** 0

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

**Anzahl Vollkräfte:** 1,3

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

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,3               |           |
| 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:** 0

### **B-2.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**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:**

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,4

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,4               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

  

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,4               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

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

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP07 | Geriatric           |
| ZP19 | Sturzmanagement     |

**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)  | 20       | 100,0              |           |
| Herzschrittmacherversorgung:<br>Herzschrittmacher-Implantation (09/1)  | 4        | 100,0              |           |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP)  | 46       | 100,0              |           |
| Hüftendoprothesenversorgung:<br>Hüftendoprothesen-Erstimplantation<br>einschl. endoprothetische Versorgung<br>Femurfraktur (HEP_IMP) | 46       | 100,0              |           |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-<br>Endoprothesenwechsel und -<br>komponentenwechsel (HEP_WE)                                      | < 4      | < 4                |           |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit<br>osteosynthetischer Versorgung (17/1)  | 15       | 100,0              |           |
| Implantierbare Defibrillatoren-<br>Implantation (09/4)   | < 4      | < 4                |           |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP)  | < 4      | < 4                |           |
| Knieendoprothesenversorgung :<br>Knieendoprothesen-Erstimplantation<br>einschl. Knie-Schlittenprothesen<br>(KEP_IMP)                 | < 4      | < 4                |           |
| Knieendoprothesenversorgung :<br>Knieendoprothesenwechsel und –<br>komponentenwechsel (KEP_WE)                                       | < 4      | < 4                |           |
| Koronarangiographie u. Perkutane<br>Koronarintervention(PCI) (21/3)  | < 4      | < 4                |           |
| Mammachirurgie (18/1)  | < 4      | < 4                |           |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)  | 208      | 100,0              |           |

**C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für das 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)                            | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI)                          | 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>                           | 14   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 14   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 95,00%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 98,12 - 98,22%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich            |

| Leistungsbereich (LB)                            | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI)                          | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)  |
| <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>                           | 12   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 12   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%  |
| <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>                           | 10  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 10  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%   |
| <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>                           | 7   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 7   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%   |
| <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>                           | 12  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 12  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 95,00%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 98,68 - 98,78%  |
| <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>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>            |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | 11   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 11   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 95,00%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 95,10 - 95,29%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich        |

| Leistungsbereich (LB)                     | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung                          |
| Kennzahlbezeichnung                       | Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung             |
| Grundgesamtheit                           | 11  |
| Beobachtete Ereignisse                    | 11  |
| Erwartete Ereignisse                      |   |
| Ergebnis (Einheit)                        | 100,00%   |
| Referenzbereich (bundesweit)              | >= 95,00%   |
| Vertrauensbereich                         | 97,76 - 97,90%  |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Ambulant erworbene Pneumonie                                   |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Sterblichkeit im Krankenhaus                                   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts               |
| Grundgesamtheit                           | 14   |
| Beobachtete Ereignisse                    | 0  |
| Erwartete Ereignisse                      |  |
| Ergebnis (Einheit)                        | 0,00%  |
| Referenzbereich (bundesweit)              | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich                         | 13,12 - 13,37%   |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| Leistungsbereich (LB)                     | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen  |
| Kennzahlbezeichnung                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Grundgesamtheit                           | 14  |
| Beobachtete Ereignisse                    | 0   |
| Erwartete Ereignisse                      | 2,68  |
| Ergebnis (Einheit)                        | 0,00  |
| Referenzbereich (bundesweit)              | <= 1,58   |
| Vertrauensbereich                         | 1,02 - 1,04   |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 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>                           | 13  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 13  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 95,00%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 95,64 - 95,79%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>               |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | 16  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 16  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 100,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 90,00%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 95,26 - 95,42%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich                               |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>  |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde                                       |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 0   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 0,00%   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 3,00%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 1,42 - 1,59%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Eingriffsdauer  |
| Kennzahlbezeichnung                       | Dauer der Operation   |
| Grundgesamtheit                           | 4   |
| Beobachtete Ereignisse                    | 4   |
| Erwartete Ereignisse                      |   |
| Ergebnis (Einheit)                        | 100,00%   |
| Referenzbereich (bundesweit)              | >= 60,00%   |
| Vertrauensbereich                         | 86,10 - 86,59%  |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Chirurgische Komplikationen   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Komplikationen während oder aufgrund der Operation                                    |
| Grundgesamtheit                           | 4   |
| Beobachtete Ereignisse                    | 0   |
| Erwartete Ereignisse                      |   |
| Ergebnis (Einheit)                        | 0,00%   |
| Referenzbereich (bundesweit)              | <= 2,00%  |
| Vertrauensbereich                         | 0,81 - 0,95%  |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Herzschrittmacher-Implantation                                 |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Sterblichkeit im Krankenhaus                                   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts               |
| Grundgesamtheit                           | < 4  |
| Beobachtete Ereignisse                    | < 4  |
| Erwartete Ereignisse                      |  |
| Ergebnis (Einheit)                        | -  |
| Referenzbereich (bundesweit)              | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich                         | 1,30 - 1,46%   |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

| Leistungsbereich (LB)<br>Qualitätsindikator (QI) | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b><br><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>              | ≤ 3,74  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,88 - 0,99   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit                                   |

| Leistungsbereich (LB)<br>Qualitätsindikator (QI) | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b><br><b>Eingriffsdauer</b>           |
|--|---|
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Dauer der Operation   |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | ≥ 60,00%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 87,65 - 88,40%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)<br>Qualitätsindikator (QI) | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b><br><b>Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und<br/>Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b> |
|--|---|
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden   |
| <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>                         | 95,01 - 95,28%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |

| Leistungsbereich (LB)<br>Qualitätsindikator (QI) | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b><br><b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde  |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 3,00%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,67 - 0,87%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich            |

| Leistungsbereich (LB)<br>Qualitätsindikator (QI) | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b><br><b>Leitlinienkonforme Indikation</b> |
|--|--|
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers          |
| <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>                         | 93,54 - 94,08%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich      |

| Leistungsbereich (LB)                     | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Leitlinienkonforme Systemwahl   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers                            |
| Grundgesamtheit                           | < 4   |
| Beobachtete Ereignisse                    | < 4   |
| Erwartete Ereignisse                      |   |
| Ergebnis (Einheit)                        | -   |
| Referenzbereich (bundesweit)              | >= 90,00%   |
| Vertrauensbereich                         | 94,27 - 94,78%  |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Chirurgische Komplikationen   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Komplikationen während oder aufgrund der Operation                                    |
| Grundgesamtheit                           | < 4   |
| Beobachtete Ereignisse                    | < 4   |
| Erwartete Ereignisse                      |   |
| Ergebnis (Einheit)                        | -   |
| Referenzbereich (bundesweit)              | <= 2,00%  |
| Vertrauensbereich                         | 0,71 - 0,91%  |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

| Leistungsbereich (LB)                     | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation                    |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI)                   | Sterblichkeit im Krankenhaus                                   |
| Kennzahlbezeichnung                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts               |
| Grundgesamtheit                           | < 4  |
| Beobachtete Ereignisse                    | < 4  |
| Erwartete Ereignisse                      |  |
| Ergebnis (Einheit)                        | -  |
| Referenzbereich (bundesweit)              | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich                         | 0,52 - 0,70%   |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</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>              | ≤ 7,28  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,84 - 1,12   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung aufgrund von symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | ≥ 24,18%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 54,41 - 54,78%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund</b>           |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung: Anteil ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung |
| <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>                         | 32,00 - 32,45%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"</b> |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)        |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 80,56%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 90,56 - 91,09%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind                                       |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt</b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Erreichen des Eingriffsziels bei allen durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI) unter Ausschluss von Patienten mit Herzinfarkt |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | >= 89,75%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 94,79 - 94,98%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>                       |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie</b>                   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung |
| <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>                         | 1,37 - 1,44%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert                           |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie</b>  |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – 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>              | ≤ 2,38  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 1,02 - 1,08   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI</b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) |
| <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>                         | 2,99 - 3,11%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI</b>  |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – 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>              | <= 2,05  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,98 - 1,02  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm<sup>2</sup></b>                |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup> ) |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 40,38%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 18,12 - 18,34%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind                      |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm<sup>2</sup></b>  |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup> ) |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 51,89%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 23,25 - 24,17%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm<sup>2</sup></b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup> ) |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4  |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -  |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 40,55%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 17,13 - 17,40%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>                    |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>       |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel                           |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 17,00%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 7,04 - 7,19%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>                    |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml</b>                        |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel          |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 46,94%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 21,30 - 22,19%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>                                      |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>  |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 33,22%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 15,41 - 15,67%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich                   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>HER2/neu-Positivitätsrate</b>                               |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2/neu-Befund       |
| <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>                         | 13,65 - 14,19%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden</b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2/neu-Befund - 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>              | nicht festgelegt  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,90 - 0,93   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung</b>                           |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung) |
| <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>                         | 97,52 - 97,95%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>  |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>                            |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung) |
| <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>                         | 80,13 - 81,19%   |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>                              |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung                |
| <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>                         | 96,62 - 96,88%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Primäre Axilladisektion bei DCIS</b>   |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium                                   |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 0,00%  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,08 - 0,28%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>                         |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | < 4   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | < 4   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |   |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | -   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | <= 20,75%   |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 10,77 - 12,54%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind     |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich (LB)</b>                     | <b>Mammachirurgie</b>   |
| <b>Qualitätsindikator (QI)</b>                   | <b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>                                    |
| <b>Kennzahlbezeichnung</b>                       | Entscheidung für eine Entfernung der Wächterlymphknoten                               |
| <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>                         | 94,67 - 95,14%  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |

|  |  |
|--|--|
| <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>                           | 1716   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 27   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 1,57%  |
| <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>                           | 1716   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 5  |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 0,29%  |
| <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 erworben                     |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | 1716   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 32   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      |  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 1,86%  |
| <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 erworben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt        |
| <b>Grundgesamtheit</b>                           | 1716   |
| <b>Beobachtete Ereignisse</b>                    | 32   |
| <b>Erwartete Ereignisse</b>                      | 10,81  |
| <b>Ergebnis (Einheit)</b>                        | 2,94   |
| <b>Referenzbereich (bundesweit)</b>              | $\leq 2,11$  |
| <b>Vertrauensbereich</b>                         | 0,98 - 0,99  |
| <b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b> | A42 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt  |
| <b>Kommentar Krankenhaus</b>                     | Bei den 6 überprüften Fällen (Stichprobe) handelt es sich um geriatrische Patienten mit großen chirurgischen Eingriffen und langer Verweildauer. In 2 Fällen war der Dekubitus bei Entlassung abgeheilt. |

|  |  |
|--|--|
| <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>                           | 1716   |
| <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 keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

**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<br>(Personen) |
|-------|--|----------------------|
| 1     | Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen      | 3                    |
| 1.1   | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen<br>[Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 3                    |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben<br>[Zähler von Nr. 2]  | 3                    |

## Qualitätsmanagement

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

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

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

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

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



## Audits

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

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

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

## Risikomanagement

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

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

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

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

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- 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.

## Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten, sogenannte Zertifizierungen, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 kommen jährlich alle Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Diocert-zertifiziert nach DIN EN  
ISO 9001 : 2008



Zertifizierte Akutschmerztherapie

## Meinungsmanagement

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

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



## Ideen- und Innovationsmanagement

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

Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

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

## Befragung

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Patientenbefragungen in den Organzentren

- Speiserversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal
- Kommunikation
- Patientenzufriedenheit mit der Schmerztherapie

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

## Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln