



AGAPLESION
PNEUMOLOGISCHE KLINIK
WALDHOF ELGERSHAUSEN

QUALITÄTSBERICHT 2015

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

Erstellt am 31.12.2016



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	12
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses.....	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-13	Besondere apparative Ausstattung	27
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28
B-1	Pneumologie	28
C	Qualitätssicherung	36
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	36
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.).....	49
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.)	49
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	49



C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	49
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.).....	49
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.).....	49
D	Qualitätsmanagement.....	50

- **Einleitung**

Das Krankenhaus ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 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

Fachklinik für Pneumologie

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

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

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



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

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

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

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

Kontaktdaten:

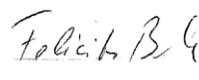
Herr Ass. Jur. Michael Reese, Verwaltungsdirektor, Tel.: 06449/ 927-202,
E-Mail: verwaltung@klinik-waldhof.de



(Tim Allendorfer)
Geschäftsführer



(Prof. Dr. Günther)
Chefarzt



(Felicitas Beck)
Pflegedienstleitung



(Ass. Jur. M. Reese)
Verwaltungsdirektor

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen

Hausanschrift: Paul-Zipp-Str. 171
35398 Gießen

Institutionskennzeichen: 260650369

Standortnummer: 99

Telefon: 0641/9606-0

Fax: 0641/9606-160

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

Standort

Standortname: AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen
Hausanschrift: Waldhof Elgershausen 1
35753 Greifenstein
Institutionskennzeichen: 260650369
Standortnummer: 02
Telefon: 06449/927-202
Fax: 06449/927-288
URL: <http://www.klinik-waldhof.de>

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name: AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gemeinnützige GmbH
Art: Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	Atemübungen unter Anleitung der Atempädagogin, inhalative Therapien, interne Schleimlösung mit VPR1 (Flutter, Cornet), Vibraxtherapien, Förderung des Sekretabtransportes, Anregung der Durchblutung.
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Das Palliativ-Care Team, das sich aus speziell geschulten und weitergebildeten Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der Seelsorge zusammensetzt, hat zum Ziel, Schwerstkranke und Sterbende in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten.
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	Verbesserung der Atmung und Brustkorbbeweglichkeit, Dehnung der Atemhilfsmuskulatur und Verhaltens- und Entspannungsübungen.
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP63	Sozialdienst	Die Sozialdienstmitarbeiterinnen bieten Unterstützung bei Problemen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können. Sie beraten bei Reha-Maßnahmen oder dem Antrag einer Pflegestufe und helfen bei der Organisation in die häusliche oder stationäre Pflege.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Wundexperte, Hygienefachschwester, Pain Nurse, Palliative care
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege	Der Pflegedienst und Sozialdienst haben Kontakt zu unterschiedlichen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu Hospizen. Rechtzeitig vor Entlassung wird Kontakt zu einer heimatnahen oder dem Wunsch des Patienten entsprechende Pflegeeinrichtung aufgenommen.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Die Diätassistentinnen beraten nicht nur Diabetiker, sondern sind bei jeder Form der Diätberatung eingeschaltet. Sie beraten stationär wie auch ambulant zu allen ernährungsabhängigen Erkrankungen.
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	Das Entlassungsmanagement kümmert sich um alle Patienten, die nach der Entlassung oder Verlegung weitere Betreuung und Versorgung (Pflege, Medikamente, Hilfsmittel) benötigen, diese frühzeitig zu planen sowie Hausärzte und weiterversorgende Institutionen zu informieren.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Anleitung zum Umgang mit Sauerstoffkonzentratoren Beratung bzgl. Schlafapnoe Beratung bzgl. Beatmung
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Raucherentwöhnung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	Die Patienten werden mit den notwendigen medizinischen Hilfsmitteln (Sauerstoffgerät, Stützstrümpfe, Gehhilfen etc.) während des stationären Aufenthaltes versorgt. Mehrere externe Sanitätsfachgeschäfte sichern die Versorgung.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00 € Kosten pro Tag maximal: 0,00 €		Die Parkplätze für Patienten und Besucher sind kostenfrei.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 0,50 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00 €		Kaution 10,00 € für eine Telefonkarte. Mit dieser Telefonkarte erhalten Sie eine "eigene Telefonnummer".
NM14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		In manchen Zimmern ist das Fernseh-Gerät fest installiert. In anderen wird ein Fernseh-Gerät kostenfrei aufgebaut, wenn gewünscht.
NM42	Seelsorge			Unsere Klinikseelsorgerin nimmt gerne Kontakt mit Ihnen auf. Melden Sie sich bei einem Mitarbeiter/-in der Station oder werfen Sie eine Mitteilung in den Briefkasten der Klinikseelsorge.
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Auf jeder Station befindet sich ein Gemeinschaftsraum.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Für Angehörige die während des Krankenhausaufenthaltes in der Klinik bleiben möchten besteht die Möglichkeit ein Gästezimmer zu mieten.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 €		Rundfunk über TV möglich.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgehnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Wenn keine spezielle Diät angeordnet wurde, können Sie aus dem Angebot des gültigen Speiseplans zwischen Menü I und Menü II und Vegetarischer Kost wählen.		Das Essen wird von unserem Küchenteam mit großer Sorgfalt zubereitet. Weiterhin werden Diäten angeboten. Bei Änderungswünschen wenden Sie sich an die Mitarbeiter des Pflgeteams.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM67	Andachtsraum			Eigene Kapelle (ökumenisch) auf dem Klinikgelände. Gottesdienste werden übertragen.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

siehe unter B.1.4

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/ Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. med. Andreas Günther (ordentlicher Professor für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen)
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/ Praktisches Jahr)	Sowohl im Rahmen des Klopfkurses („körperliche Untersuchungstechniken“), der Ausbildung an der Uni (Modulunterricht Innere Medizin, Pathophysiologievorlesung Innere Medizin), als auch im Rahmen der PJ Ausbildung
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/ II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/ IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/ multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Die Studien finden grundsätzlich an der Uni statt.
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 95

A-10 Gesamtfallzahlen

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

Vollstationäre Fallzahl: 3385

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 1090

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: 16,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,25	1 CA, 5 OÄ (7 Köpfe), 10,8 AÄ (12 Köpfe)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,25	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11	
Nicht Direkt	0	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 48,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48,81	
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: 3,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,32	
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	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,38	
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**

Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 **Spezielles therapeutisches Personal**

SP02 - Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte: 6,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,28	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0,2	
-----------	-----	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0	
--------	---	--

Nicht Direkt	0,2	
--------------	-----	--

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Die QM-Beauftragten tauschen sich im monatlichen Tonus mit dem QM-Team aus. Das Team besteht aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungs- und Funktionsbereiche. Diese erarbeiten gemeinsame Lösungen und sorgen für deren Umsetzung.
 halbjährlich AGAPLESION Arbeitsbereich QM (AAB) konzernweit

Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person: Eigenständige Position für Risikomanagement

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe: Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich:

CIRS-Basisteam mit Pflegekräften, Mitarbeiter Funktionsdienste,
Techn. Dienst Besprechung von CIRS-Fällen / Fehlern
AGAPLESION Lenkungsgruppe RM (2x jährlich) mit GFs, Justiziarin,
ZD Intern Revision,
ZD QM, MA Wohnen & Pflegen: Konzernweite Analyse /
Weiterentwicklung des RM
bei Bedarf

Tagungsfrequenz des Gremiums:

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: PWE Management- und Risikobewertung Datum: 24.04.2015	AGA Qualitätsmanagement AGA MA-Befragung AGA Meinungsmanagement AGA Qualitätspolitik AGA Interne QS AGA Externe QS AGA Qualitätsbericht AGA Managementbewertung AGA Dokumentenmanagement AGA Audit AGA CIRS AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen AGA Patientensicherheit
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		AGA Fort- und Weiterbildung AGA Dienstleistungsangebote QMZ QMT-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra; Audit-Schulungen; Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc. interner IBF-Kalender
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Reanimationsübungen Datum: 15.04.2015	jährliche Notfallübungen (siehe IBF-Kalender)
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzprotokoll Datum: 04.11.2014	div. Standards und Formulare (z. B. Schmerzerhebungsbogen)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Lagerung Datum: 07.04.2016	Standard in roXtra
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Interne Fortbildung Datum: 05.11.2013	Fortbildungen, Standard und Formulare in roXtra

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AmTech Datum: 29.08.2013	Gerätebeauftragte, Verfahrensanweisung, AmTech AGA Meldung Vorkommnisse Medprodukte AGA AMTech Anweisung für Anwender Der Ablauf im Umgang mit funktionsausfällen und sonstigen Mängel mit Medizinprodukten ist geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Palliativbesprechungen	In unserer Einrichtung finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. Ziel ist ein konstruktiver und kritischer Austausch zur eigenen Vorgehensweise.
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Name: Arzneimittelkommission Datum: 11.09.2015	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzten standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patienten in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit Sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Rechtzeitige Arztbriefschreibung Datum: 21.10.2014	Regelungen in roXtra

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	17.04.2015
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	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsweg-übergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	Die Einrichtung verfügt über ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Dr. Jahn-Mühl ist der Krankenhaushygieniker der AGAPLESION Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen und gleichzeitig der Leiter des Hygieneinstitutes in Frankfurt.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Es steht ein hygienebeauftragter Arzt zur Verfügung.
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Die Hygienefachkraft in der AGAPLESION Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen ist zuständig für alle hygiene-relevanten Bereiche.
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

Hygienekommission Vorsitzender

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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 Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: Trifft nicht zu.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt nicht vor.

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben.

Händedesinfektionsmittelverbrauch:

- | | |
|---|-------|
| - auf allen Intensivstationen (ml/Patiententag): | 9,00 |
| - auf allen Allgemeinstationen (ml/Patiententag): | 29,00 |

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	Kommentar
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Validierung und Steri und RDG-E
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		interner Fortbildungskalender

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 (AGA), 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. Der Meinungsbogen wird jedem Pat. bei Aufnahme übergeben, bzw. liegen in der Pat.-Aufnahme, den Aufenthaltsräumen sowie an den Stationsstützpunkten aus.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement) vor. Dort ist geregelt innerhalb wie vieler Tage eine Rückmeldung an den Meinungsgeber erfolgen sollte (falls bekannt) und wie der weitere Prozess intern geregelt ist.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche zu realisieren. Auch unser/e Meinungsmanager/in nimmt Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch mitgeteilt werden kann. Die Meinungsäußerungen werden zur besseren Bearbeitung und Auswertung zusätzlich noch einmal dokumentiert.
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 von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist, sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt: Nein

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Durchgeführt: Ja
Link: <http://www.klinik-waldhof.de/index.php/qualitaetsmanagement/meinungsbogen>
Kommentar: Wir haben für die Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in den hierfür vorgesehenen Briefkasten gegenüber der Patientenaufnahme eingeworfen oder per Post an unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagements gesendet werden. Unserer Homepage bietet sich als weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

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

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

Zusatzinformationen für das Beschwerdemanagement

Link zum Bericht:

Kommentar:

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar:

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Pneumologie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Pneumologie

Fachabteilung: Pneumologie
Fachabteilungsschlüssel: 0800
Art: Hauptabteilung
Chefarzt/-Ärzte
Funktion: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon: 06449/927-261
Fax: 06449/927-399
E-Mail: a.guenther@klinik-waldhof.de

Öffentliche Zugänge

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Pneumologie

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



B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Pneumologie

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

B-1.5 Fallzahlen - Pneumologie

Vollstationäre Fallzahl: 3385
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J44	824	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
2	G47	532	Schlafstörungen
3	C34	492	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
4	J84	314	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
5	R06	184	Störungen der Atmung
6	D38	91	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
7	E66	80	Adipositas
8	Z08	80	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
9	I50	78	Herzinsuffizienz
10	J45	58	Asthma bronchiale
11	J98	40	Sonstige Krankheiten der Atemwege
12	A15	39	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
13	J96	37	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
14	D86	34	Sarkoidose
15	J18	27	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	1369	Ganzkörperplethysmographie
2	1-790	518	Kardiorespiratorische Polysomnographie
3	3-202	377	Native Computertomographie des Thorax
4	1-620	372	Diagnostische Tracheobronchoskopie
5	8-716	342	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
6	8-522	336	Hochvoltstrahlentherapie
7	1-711	327	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
8	1-713	321	Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode
9	1-843	283	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
10	8-717	236	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
11	1-715	218	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
12	3-222	173	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
13	8-543	120	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
14	1-430	113	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
15	8-706	104	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarzt Prof. Dr. Günther

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

Frau Dr. M. Degen

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

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

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 16,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,25	1 CA, 5 OÄ (6 Köpfe), 10,8 AÄ (12 Köpfe)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 208,30769

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 307,72727

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 48,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 69,35054

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1019,57831

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1001,47929

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-1.11.3 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

Dekubitusprophylaxe: Es wurde nur ein gesetzlich vorgeschriebener Zeitraum dokumentiert. Es erfolgte keine freiwillige Verlängerung seitens der Klinik.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	43	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herzschrittmacherversorgung; Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herzschrittmacherversorgung; Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herzschrittmacherversorgung; Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Hüftendoprothesenversorgung; Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Hüftendoprothesenversorgung; Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention(PCI) (21/3)	12	100,0	
Mammachirurgie (18/1)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Neonatalogie (NEO)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	49	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹			"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)			"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)			"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Leberlebendspende (LLS)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Lebertransplantation (LTX)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Nierenlebendspende (NLS)	0		"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Nierentransplantation (PNTX) ²			"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)			"In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht."

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
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,12 - 98,22%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	98,20 - 98,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	95,79 - 96,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,91%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,47 - 95,63%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,18 - 97,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,13 - 93,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,68 - 98,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,14%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,10 - 95,29%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34
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	43
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	9,30%
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	43
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,61
Ergebnis (Einheit)	0,87
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,58
Vertrauensbereich	1,02 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,64 - 95,79%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung aufgrund von symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 24,18%
Vertrauensbereich	54,41 - 54,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur alleinigen Herzkatheteruntersuchung: Anteil ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	32,00 - 32,45%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

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

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,37 - 1,44%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,38
Vertrauensbereich	1,02 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,99 - 3,11%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,05
Vertrauensbereich	0,98 - 1,02
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,38%
Vertrauensbereich	18,12 - 18,34%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,89%
Vertrauensbereich	23,25 - 24,17%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,55%
Vertrauensbereich	17,13 - 17,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Kennzahlbezeichnung	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,00%
Vertrauensbereich	7,04 - 7,19%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 33,22%
Vertrauensbereich	15,41 - 15,67%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 2. Grades/der Kategorie 2 erworben
Grundgesamtheit	3376
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,18%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,32 - 0,33%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erworben
Grundgesamtheit	< 4
Beobachtete Ereignisse	< 4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,06 - 0,07%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben
Grundgesamtheit	3376
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,21%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,39 - 0,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Grundgesamtheit	3376
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	24,64
Ergebnis (Einheit)	0,28
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,11
Vertrauensbereich	0,98 - 0,99
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahlbezeichnung	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
Grundgesamtheit	3376
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 - 0,01%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

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

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

In der Klinik werden keine Transplantationen und endoprothetische Eingriffe durchgeführt.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	8
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	8
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	0

Nachweise werden nach Abschluss erbracht.

D Qualitätsmanagement

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

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

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

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

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



Audits

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

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

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

Risikomanagement

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

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

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

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

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

Zertifizierungen

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



pCC-zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001 : 2008



Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und
Schlafmedizin DGSM e. V.

Meinungsmanagement

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

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



Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

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

Befragung

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

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

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

Projektorganisation

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

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

Strukturänderung Weaningstation und Schlaflabor

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

Behinderten gerechter Ausbau zur Terrasse im Café

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

Neues CT

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