

Qualitätsbericht 2018

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2018
Erstellt am 31.12.2019





Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung.....	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	17
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	17
A-10	Gesamtfallzahlen.....	18
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	47
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	48
B-1	Pneumologie.....	48
C	Qualitätssicherung.....	61
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	61
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	61
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	61
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	72
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	72



C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V....	72
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	72
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	72
D	Qualitätsmanagement	73

- Einleitung

Das Krankenhaus ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name Ramona Rupp

Telefon 0641/9606-6694

Fax 0641/9606-160

E-Mail ramona.rupp@ekm-gi.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name Int. Dipl. Betriebswirt Sebastian Polag

Telefon 0641/9606-117

Fax 0641/9606-160

E-Mail sek.ge@ekm-gi.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.ekm-gi.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren prägt ein Zukunftsthema das Gesundheitswesen: die Digitalisierung. Deutschlandweit haben immer mehr Gesundheitseinrichtungen den Trend erkannt. In Zukunft wird die Digitalisierung noch weiter an Fahrt gewinnen, kaum ein Akteur im Gesundheitswesen wird sich ihr entziehen können. AGAPLESION hat die Chancen dieses Megatrends schon früh erkannt und verfolgt bereits seit 2016 eine Digitalstrategie, um die Behandlungs- und Versorgungsqualität zu steigern.

Heute liegen in fast allen 100 Einrichtungen des Konzerns die Patienten- und Bewohnerdaten digital vor. Anhand dieser Daten konnten bereits Prozesse optimiert und so eine Qualitätssteigerung erzielt werden. Dabei gilt: AGAPLESION möchte alle Potenziale der innovativen Möglichkeiten ausschöpfen, dabei aber stets das Wohl der uns anvertrauten Patienten und Bewohner im Fokus behalten. Damit hat die Digitalisierung bei AGAPLESION stets einen dienenden Charakter.

Die Sicherung der Qualität innerhalb der Krankenhausprozesse begleiten der Zentrale Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement sowie die Qualitätsmanager in den Einrichtungen. Sie erheben gemeinsam mit der AGAPLESION IT Daten und prüfen, ob Prozesse nahtlos ineinander greifen. Zudem identifizieren sie Qualitätsbrüche, denen sie durch kontinuierliche digitale Anpassungs- und Veränderungsprozesse gegensteuern. Ziel ist dabei immer die Verbesserung der Behandlungspfade, ein sicherer Informationsaustausch und eine Unterstützung von Diagnosen durch die Möglichkeiten der Digitalisierung – etwa durch Künstliche Intelligenz.

In kaum einer Branche spielen Qualitätsfragen eine so entscheidende Rolle wie im Gesundheitswesen, daher ist die Qualitätssicherung letztlich auch Führungsaufgabe. Sie wird regelmäßig von uns als Vorstand geprüft und freigegeben. Wir wissen, dass Qualitätssicherung in Zeiten der Digitalisierung viele neue Herausforderungen mit sich bringt. Unser Dank gilt daher Mitarbeitenden in der Zentrale sowie in den Einrichtungen, die sich für eine kontinuierliche Prozessoptimierung einsetzen. Sie stellen damit eine exzellente Qualität sicher und verbessern so die Lebensqualität unserer Patienten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG



Roland Kottke
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 Lungenheilanstalt 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 übergesiedelt 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.

Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Sebastian Polag
Geschäftsführer

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen
Hausanschrift	Paul-Zipp-Straße 171 35398 Gießen
Telefon	0641/9606-0
Fax	0641/9606-160
Postanschrift	Paul-Zipp-Straße 171 35398 Gießen
Institutionskennzeichen	260650369
Standortnummer	99
URL	http://www.ekm-gi.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
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

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Master of Arts (Pflege- und Gesundheitsmanagement) Markus Lich
Telefon	0641/9606-114
Fax	0641/9606-160
E-Mail	pflegedirektion@ekm-gi.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Int. Dipl. Betriebswirt Sebastian Polag
Telefon	0641/9606-117
Fax	0641/9606-160
E-Mail	sek.gf@ekm-gi.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

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

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon	06449/927-261
Fax	06449/927-399
E-Mail	a.guenther@klinik-waldhof.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Master of Arts (Pflege- und Gesundheitsmanagement) Markus Lich
Telefon	0641/9606-114
Fax	0641/9606-160
E-Mail	pflegedirektion@ekm-gi.de

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	stellv. Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Markus Helsper
Telefon	06449/927-211
Fax	06449/927-399
E-Mail	m.helsper@klinik-waldhof.de



Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleitung bis Okt. 2018
Titel, Vorname, Name	Felicitas Beck
Telefon	06449/927-204
Fax	06449/927-399
E-Mail	f.beck@klinik-waldhof.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Klinikmanager
Titel, Vorname, Name	David Laun
Telefon	0641/9606-118
Fax	0641/9606-120
E-Mail	david.laun@ekm-gi.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP54	Asthmaschulung	Patienten mit Asthma erhalten Informationen zum Umgang mit ihrer Erkrankung, damit Sie ihren Alltag freier und unkomplizierter gestalten können. Neben therapeutischen Maßnahmen, wie der speziellen Medikation, werden auch präventive Maßnahmen thematisiert.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Atemübungen unter Anleitung der Atempädagogin, Erlernen von Atemtechniken zur Bewältigung von Notsituationen, inhalative Therapien, interne Schleimlösung mit VPR1-Desitin, 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.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP37	Schmerztherapie/-management	Den Patienten eine körperlich und psychisch entspannte, zügige Genesung/Linderung zu ermöglichen, ist Ziel eines besonderen Schmerzkonzeptes.
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 auf einen Pflegegrad und helfen bei der Organisation in die häusliche oder stationäre Pflege.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Kontinenzberatung; Hygieneexperten; Krebstherapie (Onko Nurse); Palliative Care, Einstellung Maskenbeatmung
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.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	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.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst.
MP15	Entlassmanagement/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.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Anleitung zum Umgang mit Sauerstoffkonzentratoren, mobile Sauerstoffversorgung Beratung bzgl. Schlafapnoe Beratung bzgl. Beatmung Beratung bzgl. Inhalationstherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdiens	Raucherentwöhnung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Die Patienten werden mit den notwendigen medizinischen Hilfsmitteln (Sauerstoffgerät, Stützstrümpfe, Gehhilfen etc.) während des stationären Aufenthaltes versorgt. Mehrere externe Sanitätsfachgeschäfte sichern die Versorgung.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Die Beratung und Versorgung von Patienten mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiterinnen der Pflege.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie durch externe Praxis.
MP53	Aromapflege/-therapie	Aromatherapie bezeichnet die Anwendung ätherischer Öle zur Linderung von Krankheiten oder zur Steigerung des Wohlbefindens in der Palliativmedizin.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Flyer sind beim Sozialdienst zu erfragen.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00€ Kosten pro Tag maximal: 0€		Die Parkplätze für Patienten und Besucher sind kostenfrei.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 0€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,0€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		Es fallen keine Telefongebühren an. Jeder Pat.-Bettplatz mit einem Telefon incl. Telefonnummer fest zu geordnet.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		In jedem Zimmern ist ein Fernseh-Gerät fest installiert.
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			überwiegend mit zimmereigener Dusche



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Für Angehörige die während des Krankenhausaufenthaltes in der Klinik bleiben möchten besteht die Möglichkeit ein Gästezimmer zu mieten.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Wenn keine spezielle Diät angeordnet wurde, können Sie aus dem Angebot des gültigen Speiseplans zwischen Menü I und Menü II und Vegetarischer Kost wählen.		Das Essen wird von unserem Küchenteam mit großer Sorgfalt zubereitet. Weiterhin werden Diäten angeboten. Bei Änderungswünschen wenden Sie sich an die Mitarbeiter des Pflegeteams.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			zum Teil mit zimmereigener Dusche
NM67	Andachtsraum			Eigene Kapelle (ökumenisch) auf dem Klinikgelände. Gottesdienste werden übertragen.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€		W-Lan ist vorhanden



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Abende der Gesundheit am Evangelischen Krankenhaus in Gießen
NM68	Abschiedsraum			Ein ausgewiesener Abschiedsraum ist nicht vorhanden. Angehörige haben die Möglichkeit im Patientenzimmer Abschied zu nehmen.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Flyer sind beim Sozialdienst zu erfragen.



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	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. med. Andreas Günther (ordentlicher Professor für Innere Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen)
FL03	Studierendenausbildung (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	
Betten	95



A-10 **Gesamtfallzahlen**

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

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	3310
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	1438

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: 15,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,68	
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: 49,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	49,8	
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	

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

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: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
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: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
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: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Entbindungspfleger und Hebammen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,15	
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	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

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

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1,95



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,95	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 0,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,13	
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	

SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 0,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0,13	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name Ramona Rupp

Telefon 0641/9606-6694

Fax 0641/9606-160

E-Mail ramona.rupp@ekm-gi.de



A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche Die QM-Beauftragten tauschen sich im regelmäßigen 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	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Risikomanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Ramona Rupp
Telefon	0641/9606-6694
Fax	0641/9606-160
E-Mail	ramona.rupp@ekm-gi.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
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
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz



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 Risikomanagement Datum: 11.04.2019	AGA Qualitätsmanagement (08.2019) AGA Mitarbeiterbefragung (08.2017) AGA Meinungsmanagement (02.2018) AGA Qualitätspolitik (05.2016) AGA Externe und Interne Qualitätssicherung (06.2019) AGA Qualitätsbericht (06.2018) AGA Management- und Risikobewertung (03.2019) AGA Dokumentenmanagement (11.2016) AGA EinsA Qualitätsversprechen (07.2018) AGA Audit (06.2019) AGA CIRS (01.2019) AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (08.2017) AGA Patientensicherheit (04.2019) AGA Risikomanagement Übersicht Meldewege (07.2017)



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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. E-Learning-Angebote für alle Mitarbeiter 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.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Reanimationsübungen Datum: 19.06.2018	jährliche Notfallübungen (siehe IBF- Kalender) Reanimationsalgor ithmus vorhanden
RM05	Schmerzmanagement	Name: PWE Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 06.12.2018	Schmerzerhebungs bogen Schmerzprotokoll BESD Schmerz Bogen
RM06	Sturzprophylaxe	Name: PWE Sturzprophylaxe und Umgang mit Stürzen Datum: 20.10.2017	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: PWE Dekubitusprophylaxe Datum: 06.12.2018	Bradon Skala Lagerungsplan/ PKMS Foto- und Wunddokumentati on
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: PWE Freiheitsentziehende Maßnahmen, VA Datum: 22.09.2016	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AmTech Datum: 24.02.2017	Gerätebeauftragte, Verfahrensanweisu ng, AmTech AGA Meldung Vorkommnisse Medprodukte AGA AMTech Anweisung für Anwender Der Ablauf im Umgang mit funktionsausfällen und sonstigen Mängel mit Medizinprodukten ist geregelt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen 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.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: PWE Umgang mit Patienten Identifikationsarmband Datum: 04.04.2019	Das Identifikationsarmband (AGA Patienten-Identifikationsarmband Umgang) dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: PWE Entlassungsmanagement Datum: 19.12.2017	Ziel ist die Sicherstellung der bestmöglichen Weiterversorgung des Patienten.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	Patientenidentifikationsarmbänder wurden eingeführt, Etikettierungssystem um Verwechslungen von Spritzen zu vermeiden Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS) ist eingeführt



Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	19.06.2019
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	"bei Bedarf"

AGA CIRS RK

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
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 fachweitergebildeter 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 hygienerelevanten Bereiche.
Hygienebeauftragte in der Pflege	2	In 2019 werden zwei weitere Mitarbeiter diese Schulung absolvieren.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Ärztlicher Direktor
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

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.



1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
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	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt



A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	25,85 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	66,87 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja



Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der 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
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement (AGA 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. Der Meinungsbogen wird jedem Pat. bei Aufnahme übergeben, bzw. liegen in der Pat.-Aufnahme und in den Aufenthaltsräumen aus.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor.
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 unsere Meinungsmanagerin 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.



Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
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	Ja
Link	
Kommentar	Tumorzentrum

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	https://www.klinik-waldhof.de/ueber-uns/qualitaet/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 im Eingangsbereich eingeworfen oder per Post an unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagements gesendet werden. Unserer Homepage bietet sich als weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung an.



Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

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

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	https://www.klinik-waldhof.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsbogen/
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 Patientenfürsprecherinnen

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 zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

Kommentar	
-----------	--



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon	06449/927-261
Fax	06449/927-399
E-Mail	a.guenther@klinik-waldhof.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	5
Weiteres pharmazeutisches Personal	5

Erläuterungen
Es besteht eine Kooperation mit der Lahn-Apotheke, Gießen. Regelmäßige Kommissionssitzungen, Stationsbegehungen sowie Schulungen z. B. Zytostatika finden statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Risikomanagement Datum: 11.04.2019
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Pneumologie
Fachabteilungsschlüssel	0800
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Günther
Telefon	06449/927-261
Fax	06449/927-399
E-Mail	a.guenther@klinik-waldhof.de
Straße/Nr	Waldhof Elgershausen 1
PLZ/Ort	35753 Greifenstein
Homepage	

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
Kommentar	Es sind Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen.



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
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
VI40	Schmerztherapie



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 oder Ähnliches	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	extern
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
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
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	

B-1.5 Fallzahlen - Pneumologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3310
Teilstationäre Fallzahl	0



B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J44	703	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
2	C34	608	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
3	G47	438	Schlafstörung
4	J84	333	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge
5	E66	108	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht
6	Z08	101	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit
7	R06	96	Atemstörung
8	D38	90	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
9	J45	82	Asthma
10	I50	62	Herzschwäche
11	J67	53	Allergische Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis) durch organischen Staub
12	J98	51	Sonstige Krankheit der Atemwege
13	J96	46	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut
14	D86	45	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose
15	A15	37	Tuberkulose der Atemorgane, mit gesichertem Nachweis der Krankheitserreger



B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	3014	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
2	1-620	1072	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
3	1-790	974	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes
4	3-202	763	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
5	1-843	746	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeatnahme mit einer Nadel
6	8-716	638	Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung
7	1-711	631	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird
8	9-984	591	Pflegebedürftigkeit
9	1-713	550	Messung der in der Lunge verbleibenden Luft nach normaler Ausatmung mit der Helium-Verdünnungsmethode
10	8-717	504	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes
11	3-222	479	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
12	1-715	289	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
13	1-430	284	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung
14	3-05f	270	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege
15	8-522	270	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie



B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.



B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
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: 15,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 211,09694

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: 300,90909

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF39	Schlafmedizin
ZF44	Sportmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung



Anzahl Vollkräfte: 49,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	49,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 66,46586

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 5706,89655

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1655

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2068,75



Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1706,18557

Entbindungspfleger und Hebammen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 12259,25926

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 462,93706

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Für die Weaningstation sind bereits drei Mitarbeiterinnen zur Respiratory Assistent ausgebildet. Eine kontinuierliche Weiterbildung findet statt.
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches	
PQ06	Master	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ22	Intermediate Care Pflege	



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP22	Atmungstherapie

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

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

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

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

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
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 - 98,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,85 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 - 98,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,01 - 95,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,65 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 - 93,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,19 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,47 - 95,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,19
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,58$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 - 96,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,57 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,46 - 98,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,72 - 96,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 - 0,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 10,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,48 - 1,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,04 - 89,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,66 - 95,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,36 - 1,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,02$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1))"
Grundgesamtheit	3302
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	14,00
Ergebnis (Einheit)	0,41 <= 2,31 (
Referenzbereich (bundesweit)	berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)"
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07 <= 2,31 (
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,18 - 0,90 <= 2,31 (
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
Grundgesamtheit	3302
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,12%
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

Über §137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Trifft nicht zu
Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Trifft nicht zu
Schlaganfall: Akutbehandlung	Trifft nicht zu
MRE	Ja
Cholezystektomie	Trifft nicht zu

Gehört ein Leistungsbereich nicht zum Leistungsspektrum des Krankenhauses, so wurde "Trifft nicht zu" angegeben.



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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

C-5.2.6 Übergangsregelung

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	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. 1.1.1]	8
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	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. 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 9001:2015. 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.

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 9001:2015 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
- 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 9001:2015 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.

	<p>TÜV Rheinland zertifiziert die Akutschmerztherapie</p>		<p>Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM e. V.</p>
	<p>Deutsche Krebsgesellschaft</p>		<p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.</p>
	<p>Zertifiziertes Weaningzentrum Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</p>		

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
- 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 die Warteliste zu reduzieren. Die Zertifizierung zum Weaningzentrum wurde in 2017 erfolgreich durchgeführt.

Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum Mittelhessen

Im Herbst 2017 wurde das Lungenkrebszentrum Mittelhessen (Zusammenschluß der Universitätsklinik Gießen und Marburg, der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim sowie der Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen) erstmals erfolgreich zertifiziert.

Behinderten gerechter Ausbau zur Terrasse im Café

Der Krankenhausein- 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.