

Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020
Erstellt am 31.12.2021



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.. | 7 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 8 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 12 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 12 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 12 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 13 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 16 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 17 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 18 |
| A-9 | Anzahl der Betten..... | 19 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen..... | 19 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 20 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 26 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 42 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 42 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 44 |
| B-1 | Pneumologie | 44 |
| C | Qualitätssicherung | 55 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 55 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 73 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 73 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 73 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 73 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 74 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 74 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 74 |
| D | Qualitätsmanagement | 75 |
| D-1 | Audits | 76 |
| D-2 | Risikomanagement | 77 |
| D-3 | Zertifizierungen | 78 |
| D-4 | Systemaudits statt Zertifizierungen | 78 |
| D-5 | Meinungsmanagement..... | 79 |
| D-6 | Ideen- und Innovationsmanagement | 79 |
| D-7 | Befragungen | 79 |
| D-8 | Projektorganisation | 80 |

- Einleitung

Das Krankenhaus ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Ramona Rupp |
| Telefon | 0641/9606-6694 |
| E-Mail | ramona.rupp@agaplesion.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.gf.EKM@agaplesion.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.ekm-gi.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wähten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgefühl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden *sofort* umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmestand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmestand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmestand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper *und* Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Fachklinik für Pneumologie

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patient:innen sowie die zuweisenden Ärzt:innen.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|--------------------------------|--|
| Krankenhausname | AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen |
| Hausanschrift | Paul-Zipp-Straße 171 35398 Gießen |
| Zentrales Telefon | 0641/9606-0 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| Zentrale E-Mail | sek.gf.EKM@agaplesion.de |
| Postanschrift | Paul-Zipp-Straße 171 35398 Gießen |
| Institutionskennzeichen | 260650369 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | http://www.ekm-gi.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztl. Direktor (ab Aug21) |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. Andreas Günther |
| Telefon | 0641/9606-720 |
| Fax | 0641/9606-722 |
| E-Mail | pneumo.EKM@agaplesion.de |

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor (bis Aug21) |
| Titel, Vorname, Name | Priv. Doz. Dr. med. Jochen Sticher |
| Telefon | 0641/9606-213 |
| Fax | 0641/9606-217 |
| E-Mail | sek.anaesthesie.EKM@agaplesion.de |

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Stellvert. ärztl. Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Katja Schlosser |
| Telefon | 0641/9606-221 |
| Fax | 0641/9606-202 |
| E-Mail | sek.ch.EKM@agaplesion.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 | sek.pd.EKM@agaplesion.de |

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Pflegewirtin Anne Wunsch |
| Telefon | 0641/9606-6712 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | anne.wunsch@agaplesion.de |

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Pflegewirtin Tina Dewald |
| Telefon | 0641/9606-6714 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | tina.dewald@agaplesion.de |

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Markus Helsper |
| Telefon | 0641/9606-6204 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | Markus.Helsper@agaplesion.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer (bis Sept21) |
| Titel, Vorname, Name | Int. Dipl. Betriebswirt Sebastian Polag |
| Telefon | 0641/9606-117 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | sek.gf.EKM@agaplesion.de |

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer (ab Okt21) |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Betriebswirt Markus Schäfer |
| Telefon | 0641/9606-117 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | sek.gf.EKM@agaplesion.de |

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsleitung (ab Mai21) |
| Titel, Vorname, Name | Master of Arts Carina Plitsch |
| Telefon | 0641/9606-124 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | carina.plitsch@agaplesion.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|---|--|
| Standortname: | AGAPLESION Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen |
| Hausanschrift: | Paul-Zipp-Str. 171 35398 Gießen |
| Telefon: | 0641/9606-721 |
| Fax: | 0641/9606-722 |
| E-Mail: | sek.gf.EKM@agaplesion.de |
| Postanschrift: | Paul-Zipp-Str. 171 35398 Gießen |
| Institutionskennzeichen: | 260650369 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 773535 |
| Standortnummer (alt) | 02 |
| URL: | http://www.ekm-gi.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Andreas Günther |
| Telefon | 0641/9606-721 |
| Fax | 0641/9606-722 |
| E-Mail | pneumo.EKM@agaplesion.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 | sek.pd.EKM@agaplesion.de |

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Markus Helsper |
| Telefon | 0641/9606-6204 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | Markus.Helsper@agaplesion.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsleiterin |
| Titel, Vorname, Name | Master of Arts Carina Plitsch |
| Telefon | 0641/9606-124 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | carina.plitsch@agaplesion.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.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP54 | Asthmaschulung | Patient:innen 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 Ärzt:innen, Pflegekräften, Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes und Mitarbeiter:innen 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 | Den Patient:innen eine körperlich und psychisch entspannte, zügige Genesung/Linderung zu ermöglichen, ist Ziel eines besonderen Schmerzkonzeptes. |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| 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 Diabetikerinnen und Diabetiker | Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung. Nach Krankenhausaufenthalt werden die Pat. möglichst an einen Diabetologen überwiesen. |
| 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. |
| 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 der Patient:in entsprechenden Pflegeeinrichtung aufgenommen. |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Individuelle Angehörigenberatung; sozialrechtliche Beratung durch Sozialdienst. |



| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|--|
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Das Entlassungsmanagement kümmert sich um alle Patient:innen, 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 Patient:innen sowie Angehörigen | Anleitung zum Umgang mit Sauerstoffkonzentratoren, mobile Sauerstoffversorgung Beratung bzgl. Schlafapnoe Beratung bzgl. Beatmung Beratung bzgl. Inhalationstherapie |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Raucherentwöhnung |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Die Patient:innen 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 Patient:innen mit Inkontinenz erfolgt durch die Mitarbeiter:innen 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. |
| MP02 | Akupunktur | Wird im Rahmen der Schmerztherapie und der Raucherentwöhnung angeboten. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|---|
| 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. |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | überwiegend mit zimmereigener Dusche |
| 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) | | Das Essen wird von unserem Küchenteam mit großer Sorgfalt zubereitet. Weiterhin werden Diäten angeboten. Bei Änderungswünschen wenden Sie sich an die Mitarbeiter:innen des Pflorgeteams. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | zum Teil mit zimmereigener Dusche |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patient:innen | | 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. |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Fernseher und Telefon ist auf jedem Pat.-Zimmer fest installiert. WLAN-Code wird bei der Pat.-Aufnahme kostenlos zur Verfügung gestellt. Ein Zentraler Tresor steht in der Pat.-Aufnahme zur Verfügung. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Markus Helsper |
| Telefon | 0641/9606-6204 |
| Fax | 0641/9606-160 |
| E-Mail | Markus.Helsper@agaplesion.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|--|
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | Nicht alle Zimmer sind rollstuhlgerecht ausgestattet. |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF17 | Geeignete Betten für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Pflegebetten, Rollstühle, Pat.-Wagen, Rollatoren, Toilettenstühle, Aufstehhilfe, Pat.-Lifter |
| BF25 | Dolmetscherdienst | Über ein externes Fremdsprachenunternehmen ist die Behandlungsmöglichkeit für jeden:jede Patient:in gewährleistet. |



| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|--|
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | Über eine interne Dolmetscherliste können folgende Sprachen abgedeckt werden: englisch, polnisch, russisch, spanisch, türkisch und ungarisch |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | mobiles Röntgengerät |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

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 | |

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|---|--|
| 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:in | Die Ausbildung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Mittelhessen. |

A-9 Anzahl der Betten

| 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 | 2388 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 1786 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 12,04 | |
| Ambulant | 0,63 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,79 | |
| Ambulant | 0,41 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) 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 in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 44,18

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 42,01 | |
| Ambulant | 2,17 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 43,43 | |
| Nicht Direkt | 0,75 | |

Altenpfleger:innen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,42

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,3 | |
| Ambulant | 0,12 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,37 | |
| Nicht Direkt | 0,05 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,07 | |
| Ambulant | 0,21 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,07

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,67 | |
| Ambulant | 0,4 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,07 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 **Spezielles therapeutisches Personal**

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

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-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

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

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

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,59

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,59 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,59 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

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

| Verantwortliche Person des einrichtungswen Qualitätsmanagements | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Ramona Rupp |
| Telefon | 0641/9606-6694 |
| E-Mail | qm.EKM@agaplesion.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 Mitarbeiter:innen 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 | QMB und Risikomanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Ramona Rupp |
| Telefon | 0641/9606-6694 |
| E-Mail | qm.EKM@agaplesion.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|--|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | CIRS-Basisteam mit Pflegekräften, Mitarbeiter:innen 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 |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------------|--|-----------------------------------|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: roXtra Datum: 09.06.2021 | RK = Rahmenkonzeption RL = Richtlinie IN = Information RL - AGA Qualitäts- und Risikomanagement (08.2019) RK - AGA Mitarbeiterbefragung (08.2020) RK - AGA Meinungsmanagement (06.2020) RL - AGA Qualitätspolitik (08.2020) RK - AGA Externe und Interne Qualitätssicherung (06.2019) RL - AGA KH Qualitätsbericht (06.2021) RL - AGA Management- und Risikobewertung (03.2019) RL - AGA Dokumentenmanagement (03.2020) IN - AGA EinsA-Qualitätsversprechen |

| | | | |
|------|---|--|---|
| | | | <p>(11.2015) RK - AGA Audit (03.2020) RK - AGA CIRS (05.2021) RK - AGA KH M&MK (Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz) (09.2020) RL - AGA Patientensicherheit (06.2021) IN - AGA Risikomanagement Übersicht Meldewege (02.2021)</p> |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | <p>AGA Dienstleistungsangebote QMZ QMT-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagementsy- stem roXtra; Audit- Schulungen; Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc. E-Learning-Angebote für alle Mitarbeiter:innen interner IBF-Kalender</p> |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | | <p>RK - AGA Mitarbeiterbefragung (08.2020) Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter:innen beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter:innen eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen. Des Weiteren soll die</p> |

| | | | |
|------|---|---|--|
| | | | Etablierung der sechs Kernwerte in den AGAPLESION Einrichtungen unterstützt werden. |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Reanimationsübungen Datum: 18.02.2020 | jährliche Notfallübungen (siehe IBF-Kalender) Reanimationsalgorithmus vorhanden |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: PWE Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 29.08.2019 | Schmerzerhebungsbogen 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 Wunddokumentation |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: PWE Freiheitsentziehende Maßnahmen, VA Datum: 22.09.2016 | |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: roXtra Datum: 27.07.2021 | AGA AMTech Handbuch Medizintechnik |
| 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 unseren:unsere Patient:in in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit Sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können. |
| 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:der Patient:in bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung. |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: PWE Entlassungsmanagement Datum: 04.01.2018 | Ziel ist die Sicherstellung der bestmöglichen Weiterversorgung des:der Patient:in. |

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 | 30.09.2016 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | "bei Bedarf" |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter:innen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | "bei Bedarf" |

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 |
|--|-------------------|--|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | Dr. Jahn-Mühl ist der Krankenhaushygieniker der AGAPLESION Pneumologischen Klinik Waldhof Elgershausen und gleichzeitig der Leiter des Hygieneinstitutes in Frankfurt. |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | Es steht ein fachweitergebildeter hygienebeauftragter Arzt zur Verfügung. |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger 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 | 4 | |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Andreas Günther |
| Telefon | 0641/9606-721 |
| Fax | 0641/9606-722 |
| E-Mail | pneumo.EKM@agaplesion.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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe | |
|--|---|
| 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 Wundauflage | 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 | 12,05 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 247,52 ml/Patiententag |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

A-12.3.2.5 Umgang mit Patient:innen 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:innen 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:innen 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. |
| 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 u. a geregelt, dass innerhalb von fünf Tagen 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 Patient:innen, Angehörige oder Besucher:innen jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeiter:innen äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche zu realisieren. Auch unsere Meinungsmanagerin nimmt Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten sind 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 Patient:innen, Angehörige, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern von den Patient:innen, Angehörigen oder Besucher:innen gewünscht, können Mitarbeiter:innen helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | Die Rückmeldung an den Meinungsführer erfolgt, 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 | |
| Kommentar | Wir haben für die Patient:innen, Angehörige, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen 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 | QMB |
| Titel, Vorname, Name | Ramona Rupp |
| Telefon | 0641/9606-6694 |
| E-Mail | qm.EKM@agaplesion.de |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements | |
|---|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patient:innen, Angehörigen oder Besucher:innen 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:in. |

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 Patient:innen 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 | 0641/9606-721 |
| Fax | 0641/9606-722 |
| E-Mail | pneumo.EKM@agaplesion.de |

A-12.5.3 *Pharmazeutisches Personal*

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 7 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 5 |

| Erläuterungen |
|---|
| Die Arzneimittelversorgung erfolgt über einen Versorgungsvertrag durch die Krankenhausapotheke der FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN GMBH. Regelmäßige Sitzungen, Begehungen sowie Schulungen (z. B. Zytostatika) finden statt. Informationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit werden zur Verfügung gestellt. |

A-12.5.4 *Instrumente und Maßnahmen*

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patient:innen mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|--|---|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiter:innen zu AMTS bezogenen Themen | | z. B. Sicherer Umgang mit Zytostatika-Infusionen wird regelmäßig geschult (zuletzt am 16.09.2021) |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: roXtra Letzte Aktualisierung: 09.06.2021 | |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | | Medikation wird geführt in der digitalen Patientenakte ORBIS KURV |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | | Patienteninfo-Service und Beipackzettel ist auf jedem PC auf dem Desktop verlinkt und somit für alle Mitarbeiter:innen verfügbar. |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | Applikation der Medikation wird in ORBIS KURV dokumentiert |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|--|--|
| 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 Kapitel 12.2.3.2) | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | Name: EKM Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 06.10.2021 | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal | z. B. individuelle Zytostatikainfusionen |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|---|--|---------------|
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten | |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|--|--|
| Zugeordnete Notfallstufe | Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein |

A-14.2 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? | Nein |
|---|------|
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? | 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

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|---------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Andreas Günther |
| Telefon | 0641/9606-721 |
| Fax | 0641/9606-722 |
| E-Mail | pneumo.EKM@agaplesion.de |
| Straße/Nr | Paul-Zipp-Str. 171 |
| PLZ/Ort | 35398 Gießen |
| Homepage | http://www.ekm-gi.de |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| 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-1.5 Fallzahlen - Pneumologie

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2388 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|-------------|---------------|-----------------|---|
| 1 | C34 | 555 | Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs |
| 2 | J44 | 458 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD |
| 3 | G47 | 334 | Schlafstörung |
| 4 | J84 | 159 | Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge |
| 5 | E66 | 82 | Fettleibigkeit, schweres Übergewicht |
| 6 | Z08 | 59 | Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit |
| 7 | D38 | 58 | Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig |
| 8 | R91 | 53 | Ungewöhnliches Ergebnis bei bildgebenden Untersuchungen (z.B. Röntgen) der Lunge |
| 9 | I50 | 52 | Herzschwäche |
| 10 | J45 | 47 | Asthma |
| 11 | D86 | 42 | Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose |
| 12 | J96 | 42 | Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut |
| 13 | R06 | 39 | Atemstörung |
| 14 | J67 | 31 | Allergische Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis) durch organischen Staub |
| 15 | J98 | 27 | Sonstige Krankheit der Atemwege |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 1-710 | 2179 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie |
| 2 | 9-984 | 1062 | Pflegebedürftigkeit |
| 3 | 1-620 | 747 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung |
| 4 | 3-202 | 605 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel |
| 5 | 1-843 | 600 | Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel |
| 6 | 1-790 | 593 | Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes |
| 7 | 1-711 | 552 | Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird |
| 8 | 1-713 | 551 | Messung der in der Lunge verbleibenden Luft nach normaler Ausatmung mit der Helium-Verdünnungsmethode |
| 9 | 8-522 | 494 | Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie |
| 10 | 8-716 | 457 | Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung |
| 11 | 3-222 | 404 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel |
| 12 | 8-717 | 338 | Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes |
| 13 | 1-715 | 267 | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt |
| 14 | 3-05f | 262 | Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege |
| 15 | 1-430 | 241 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Chefarzt Prof. Dr. Günther | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
| Angeborene 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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) |
| Angeborene Leistung | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) |
| Angeborene 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 | |
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 12,04 | |
| Ambulant | 0,63 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,67 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 198,33887

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,79 | |
| Ambulant | 0,41 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 306,54685

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|------------------------------------|
| ZF03 | Allergologie |
| ZF07 | Diabetologie |
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF30 | Palliativmedizin |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| ZF39 | Schlafmedizin |
| ZF44 | Sportmedizin |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,18

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 42,01 | |
| Ambulant | 2,17 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 43,43 | |
| Nicht Direkt | 0,75 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,84361

Altenpfleger:innen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,42

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,3 | |
| Ambulant | 0,12 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,37 | |
| Nicht Direkt | 0,05 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1038,26087

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,07 | |
| Ambulant | 0,21 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 586,73219

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,07

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,67 | |
| Ambulant | 0,4 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 8,07 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 311,34289

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|--|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | Für die Weaningstation sind bereits drei Mitarbeiter:innen 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.

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|---|
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 189 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | < 4 | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 75 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 15 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 18 | 94,4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 103 | 99,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 92 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | 12 | 91,7 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 39 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) | 12 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) | 34 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 10 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 19 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|--|----------|--------------------|---|
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 92 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 82 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE) | 10 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Mammachirurgie (18/1) | < 4 | < 4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 225 | 99,6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

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 bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,73 - 98,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,61 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,63 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,79 - 98,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 78,47 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
|---|---|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 98,80% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| | |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 97,26% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 81,82% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,08 - 93,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 52,30 - 94,86% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |

| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). |
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 83,33% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 82,89 - 83,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 55,20 - 95,30% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,49 - 92,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,12 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,12 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 96,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
|--|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,77 - 96,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,62 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle) |
|---|---|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,57 - 98,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 75,75 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| 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 |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,69 - 96,82% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,61 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,63 - 96,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,19 - 100,00% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,98 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,00 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |

| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
|--|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | 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) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,00 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde. |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,00 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19- Fälle,nicht risikoadjustiert) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,35 - 15,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle) |
|---|--|
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,92 - 17,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Stationär erworbener 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 an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis-ID | 52009 |
| Grundgesamtheit | 2372 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,53 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,25 - 1,15 |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 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 (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis-ID | 52010 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | D50 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis-ID | 52326 |
| Grundgesamtheit | 2372 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,17% |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,33 - 0,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,07 - 0,43% |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis-ID | 521801 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | - |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens | - |

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren 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 |

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

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 (fortbildungsverpflichtete Personen) | 15 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 9 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 7 |

Nachweise werden nach Abschluss erbracht.

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

In 2020 fiel die Pneumologie sowie die Weaning noch nicht unter die PpUGV.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

In 2020 fiel die Pneumologie sowie die Weaning noch nicht unter die PpUGV.

D **Qualitätsmanagement**

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



D-1 Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb festgelegter Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

D-2 Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

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

D-3 Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die 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.



TÜV Rheinland zertifiziert die Akutschmerztherapie



Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM e. V.



Deutsche Krebsgesellschaft



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.



Zertifiziertes Weaningzentrum
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

D-4 Systemaudits statt Zertifizierungen

Unser Krankenhaus verfügt bereits seit über 10 Jahren über ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem. Mit den etablierten Instrumenten des QM halten wir dieses aufrecht und überprüfen regelmäßig die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen. Dies erfolgt für das Gesamthaus nicht mehr wie bisher durch externe Begehungen von Zertifizierungsgesellschaften. AGAPLESION hat als Deutschlandweit tätiger Gesundheitskonzern einen Zentralen Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement mit Experten, die diese Begehungen nun regelmäßig durchführen. Eine DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH) akkreditierte ISO-Auditorin führt zusammen mit dafür qualifizierten Kolleg:innen ein sog. Systemaudit durch, bei dem sowohl im Vorfeld, als auch vor Ort, die Strukturen und Prozesse nach dem Standard der DIN EN ISO 9001:2015 geprüft werden. Die Ergebnisse werden in einem Auditbericht dargelegt und der Geschäftsführung und dem/der Qualitätsmanagementbeauftragten zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

D-5 Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem Meinungsgeber eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



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

D-6 Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

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

D-7 Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

D-8 Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Unter der Berücksichtigung der sechs AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen unter anderem auch die:

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. Eine Re-Zertifizierung fand im Juli 2021 statt.