

Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2021

Erstellt am 31.12.2022



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung.....	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	11
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9	Anzahl der Betten.....	16
A-10	Gesamtfallzahlen.....	16
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	41
B-1	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik.....	41
C	Qualitätssicherung.....	53
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	53
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	53
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	55

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	55
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	55
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	55
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	55
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	56
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	56
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	56
D	Qualitätsmanagement	57

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling
Telefon	(04261) 77-24 62
Fax	(04261) 77-26 26
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de



Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger
Telefon	(04261) 77-22 03
Fax	(04261) 77-20 02
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de



Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<http://www.diako-online.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

<http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION gAG ist in diesem Jahr 20 Jahre alt geworden. Von Anfang an hatten wir den Anspruch, unseren Patient:innen zugewandte und ganzheitliche Medizin und Pflege nach modernen Qualitätsstandards zu bieten. Die Organisation und Medizinstrategie wurden beständig weiterentwickelt, um neuen Trends einen Schritt voraus zu sein und um die Expert:innen stärker in die Mitgestaltung und Ausarbeitung innovativer Ideen einzubeziehen.

Die hohe Qualität bei AGAPLESION ist das Ergebnis unserer guten Zusammenarbeit und von intern und externen Qualitätsprüfungen (Auditprogrammen). Unseren mehr als 22.000 Mitarbeiter:innen bieten wir umfangreiche Fort- und Weiterbildungen, die Ausgestaltung persönlicher Karrierewege und die Partizipation aller Hierarchieebenen. Einfach ausgedrückt: Wir möchten, dass sie gerne zu uns kommen, weil sie sich auf ihre Kolleg:innen und ihre Aufgaben freuen.

... **Kultur:** Als christlicher Gesundheitskonzern messen wir einer Gemeinschaft, die von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist, eine hohe Bedeutung bei. Sie trägt dazu bei, dass Mitarbeiter:innen ihr kreatives Potenzial einbringen und ihre Arbeit als sinnhaft und erfüllend empfinden. Gesundheitsdienstleistungen sind derart komplex geworden, dass kollaboriertes Arbeiten und Interdisziplinarität enorm an Bedeutung gewonnen haben.

... **Austausch:** Unsere Mitarbeiter:innen treffen sich zu Gremien und Expert:innenboards zu unterschiedlichen Themen. Gemeinsam erarbeiten sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen für alle Unternehmensbereiche. Neue Projekte können in Piloteinrichtungen getestet, auf die Bedürfnisse vor Ort angepasst und konzernweit übernommen werden. So stellen wir sicher, dass neue Ideen unseren hohen Qualitätsansprüchen genügen.

... **Interdisziplinarität:** Komplementäre Fachabteilungen sorgen für einen ganzheitlichen 360-Grad-Blick auf unsere Patient:innen. Die Expertise und die Routine der Teams bei komplexen Eingriffen sind hoch, und sie verfügen über eine exzellente medizintechnische und räumliche Ausstattung. Unsere Kliniken haben zahlreiche Zertifizierungen als Nachweis z. B. für die onkologische, endoprothetische, traumatologische und kardiologische Expertise.

Qualität ist für uns eng gekoppelt an motivierte und inspirierte Mitarbeiter:innen, die sich in einem attraktiven Unternehmen persönlich und fachlich weiterentwickeln möchten. Gemeinsam tun unsere Teams alles dafür, damit sich unsere Patient:innen und deren Angehörige bei AGAPLESION medizinisch und pflegerisch gut versorgt und behandelt wissen. Wir sind vertrauensvolle und verlässliche Wegbegleiter in persönlich herausfordernden Zeiten.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Vorwort der Klinik

Rotenburg (Wümme), im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

das AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG mit seinen Tochtergesellschaften und insgesamt rund 2.500 Mitarbeiter:innen ist der größte Arbeitgeber im Landkreis Rotenburg. Wir stellen rund 225 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Darauf sind wir stolz. Zugleich ist uns das in mehreren Hinsichten eine Verpflichtung.

Denn höchst-qualifizierte Mediziner:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen versorgen rund 32.000 vollstationäre, 700 teilstationäre und 120.000 ambulante Behandlungsfälle sowie 23.000 ambulante Notfälle pro Jahr. Dafür stehen rund 800 Betten in 23 Fachabteilungen zur Verfügung. Rund 1.200 Kinder werden jedes Jahr im Diakonieklinikum geboren.

Im Mittelpunkt allen Engagements steht der einzelne Patient:innen. Darum ist das Wort „Qualität“ für uns zentral wichtig in den Prozessen, Strukturen und Professionen.

Qualität in der medizinischen Versorgung hat viele Dimensionen. Was dies konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten, im Qualitätsbericht für das Jahr 2021. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Der strukturierte Qualitätsbericht des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUMS ROTENBURG soll Ihnen als Orientierungshilfe dienen und zu mehr Transparenz beitragen. Der Qualitätsbericht zeigt unsere Strukturdaten und unser Leistungsspektrum aus dem Jahr 2021 auf. Ebenso konkretisiert er das Spektrum der bereits bestehenden Aktivitäten im Qualitätsmanagement.

Wir sehen den strukturierten Qualitätsbericht als Chance, unsere Leistungen und unsere Qualität anschaulich darzustellen. Gleichzeitig sehen wird den Qualitätsbericht als eine Möglichkeit, uns gegenüber anderen Einrichtungen zu positionieren und Kooperationen noch zielgerichteter einzugehen.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagerin, Frau Franziska Boller, unter der Telefonnummer (04261) 77-21 04 oder per E-Mail zur Verfügung: f.boller@diako-online.de

Weitere Informationen finden Sie unter www.diako-online.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Detlef Brünger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Detlef Brünger
Geschäftsführer
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 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 2021 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 DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH
Hausanschrift	Elise-Averdieck-Str. 17 27356 Rotenburg (Wümme)
Zentrales Telefon	(04261) 77-0
Fax	(04261) 77-20 02
Zentrale E-Mail	info@diako-online.de
Postanschrift	Postfach 1211 27342 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen	260330452
URL	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer
Telefon	(04261) 77-32 00
Fax	(04261) 77-32 32
E-Mail	rieket@diako-online.de



Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Stellvertretender Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Feldmann
Telefon	(04261) 77-28 40
Fax	(04261) 77-28 38
E-Mail	m.leskien@diako-online.de

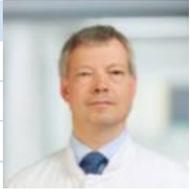


Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedirektor	
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham	
Telefon	(04261) 77-24 00	
Fax	(04261) 77-26 29	
E-Mail	susanne.kluin-duerr@diako-online.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Geschäftsführer	
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger	
Telefon	(04261) 77-22 03	
Fax	(04261) 77-20 02	
E-Mail	H.Schmitt@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Ärztlicher Direktor	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer	
Telefon	(04261) 77-32 00	
Fax	(04261) 77-32 32	
E-Mail	rieket@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist	
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens	
Telefon	(04261) 77-22 04	
Fax	(04261) 77-20 02	
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Theologischer Direktor (seit Februar 2021)	
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann	
Telefon	(04261) 77-22 13	
Fax	(04261) 77-26 67	
E-Mail	Iris.Kahnert@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röne
Telefon	(04261) 77-22 13
Fax	(04261) 77-26 67
E-Mail	Iris.Kahnert@diako-online.de



Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort

Standortname:	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH
Hausanschrift:	Verdener Str. 200 27356 Rotenburg
Telefon:	(04261) 77-64 02
Fax:	(04261) 77-64 05
E-Mail:	kjp@diako-online.de
Postfach:	1211 27356 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen:	260330452
Standortnummer aus dem Standortregister:	773302000
Standortnummer (alt)	99
URL:	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Malte Mechels
Telefon	(04261) 77-64 02
Fax	(04261) 77-64 05
E-Mail	kjp@diako-online.de



Pflegedienstleitung

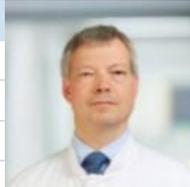
Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham
Telefon	(04261) 77-2 400
Fax	(04261) 77-26 29
E-Mail	susanne.kluin-duerr@diako-online.de



Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Geschäftsführer	
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger	
Telefon	(04261) 77-22 03	
Fax	(04261) 77-20 02	
E-Mail	H.Schmitt@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Ärztlicher Direktor	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer	
Telefon	(04261) 77-32 00	
Fax	(04261) 77-32 32	
E-Mail	rieket@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist	
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens	
Telefon	(04261) 77-22 04	
Fax	(04261) 77-20 02	
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Theologischer Direktor (seit Februar 2021)	
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann	
Telefon	(04261) 77-22 13	
Fax	(04261) 77-26 67	
E-Mail	Iris.Kahnert@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Verwaltungsleiterin	
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röne	
Telefon	(04261) 77-22 13	
Fax	(04261) 77-26 67	
E-Mail	Iris.Kahnert@diako-online.de	

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION gemeinnützige AG (60%), Evangelisch-lutherisches Diakonissen-Mutterhaus Rotenburg (Wümme) e.V. (40%)
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP53	Aromapflege/-therapie	Informationsveranstaltungen im Rahmen der zertifizierten Krebszentren; geschultes Pflegepersonal auf Station
MP54	Asthmaschulung	im Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)/Kinderklinik "Asthma-Schulung – Luftiku(r)s für ein sicheres Gefühl"
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Mitarbeiter:innen der Physiotherapie übernehmen die Atemgymnastik.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	über den Sozialdienst
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Ernährungsambulanz, Ernährungsteam, Adipositas-Patientenseminar

MP69	Eigenblutspende	Autologe Hämotherapie: Als fremdblutsparende Maßnahmen kommen in unserem Krankenhaus die maschinelle Autotransfusion und die präoperative Eigenblutspende bei ausgewählten Indikationen zum Einsatz.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Organisation der erforderlichen ambulanten und stationären Weiterbehandlung oder häuslichen Krankenpflege bis hin zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Ergotherapie steht ambulanten und stationären Patient:innen offen. Die Praxis arbeitet sehr eng mit der Logopädie und dem Rehazentrum zusammen. So eröffnet sich ein umfassendes therapeutisches Angebot für Kinder und Erwachsene.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege, Case-Management, Bereichspflege, Primary Nursing
MP18	Fußreflexzonenmassage	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	innerhalb der Ergotherapie
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	u.a. Ausstellungen, Vernissagen und verschiedene Projektgruppen über die Ergotherapie
MP25	Massage	gemeinsam mit AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	z.B. Unterricht für schulpflichtige Kinder, Stationäre pädagogische Projekte
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG u.a. Kinesiotape, Wärmetherapie (Fango/Heißluft), Kältetherapie (Eis), Elektrotherapie/Ultraschall
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG

MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapien: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie sowie Angebote des Sozialpädiatrischen Zentrums
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP37	Schmerztherapie/-management	Ambulante Therapie in der Schmerzambulanz
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter:innen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Diabetes-Schulungen bei Typ 1, Typ-2-Diabetiker:innen (auch stationär) und Gestations-Diabetes mellitus, Diabetesambulanz,
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Hygienefachkraft, Notfallbeauftragte:r, Gerätebeauftragte:r, Psychiatrische Krankenpflege
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Beratung und Vermittlung beim Bedarf alternativer Kommunikationsmethoden; Koordinierung des multiprofessionellen Teams (Kontakt zu Ärzt:innen, anderen therapeutischen Berufsgruppen, Versorgungsfirmen, etc.)
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Bei Bedarf wird Kontakt zum Sanitätshaus hergestellt.
MP67	Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM62	Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Es stehen ein Bewegungsraum, ein Fitnessraum, eine Werkstatt, Räumlichkeiten für Kunst- und Ergotherapie, Gemeinschaftsräume für Gruppenangebote/Spielerunden zur Verfügung. Jede Station hat eine eigene Küche nebst Speiseräume. Daneben gibt es Kreativ-, Bewegungs- und Entspannungsräume.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Koordination/Ambulanz
Titel, Vorname, Name	Case Management Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB)
Telefon	(04261) 77-32 35
Fax	(04261) 77-32 31
E-Mail	mzeb@diako-online.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen

BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF23	Allergenarme Zimmer
BF24	Diätische Angebote
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige
BF38	Kommunikationshilfen
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
BF25	Dolmetscherdienst
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	In der Praxis für Ergotherapie kann die prakt. Ausbildung inkl. der prakt. Prüfung (versch. Berufsfachschulen) absolviert werden. Die lfd. Ergotherapeutin verfügt über die unbefristete Unterrichtsgenehmigung in Zusammenarbeit mit der BBA Oldenburg und ist berechtigt, prakt. Prüfungen abzunehmen.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	In Ausbildung befindliche Physiotherapeut:innen können am Diakonieklinikum in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG ihre Praktika in allen Bereichen der Physiotherapie ableisten. Auch die praktische Prüfung des Staatsexamens wird an unserem Haus durchgeführt.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Generalistische Ausbildung Beginn jedes Jahr 1. April, 1. August und 1. Oktober; intensiver, praxisnaher Theorieunterricht; Praxiseinsätze auf Stationen des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUMS ROTENBURG, kooperierenden Einrichtungen der ambulanten Pflege und stationären Langzeitpflege; drei Ausbildungsjahre

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	50

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	193
Teilstationäre Fallzahl	133
Ambulante Fallzahl	6675
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,86	
Ambulant	1,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,27	
Nicht Direkt	0,24	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	1,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0,24	

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 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 11,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,04	
Ambulant	2,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,3	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,55	
Ambulant	0,64	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,19	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,67	
Ambulant	0,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 11,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,29	
Ambulant	3,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,84	
Nicht Direkt	0	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 2,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,07	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 7,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,3	
Ambulant	3,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,57	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 13,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,35	
Ambulant	3,61	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,96	
Nicht Direkt	0	

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Anzahl Vollkräfte: 1,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,84	
Ambulant	0,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,86	
Nicht Direkt	0	

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 11,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,29	
Ambulant	3,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,84	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 7,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,3	
Ambulant	3,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,57	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,34	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,49	
Nicht Direkt	0	

SP58 - Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 2,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,07	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling
Telefon	(04261) 77-20 19
Fax	(04261) 77-26 26
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de



A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	1. monatlicher Turnus-Termin mit der Geschäftsführung 2. vierteljährlich Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten des Agaplesion Konzerns
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

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	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Britta Weber
Telefon	(04261) 77-21 00
Fax	(04261) 77-20 02
E-Mail	Britta.Weber@diako-online.de



A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	1. interdisziplinäres CIRS-Basisteam: Besprechung von CIRS-Fällen/Fehlern 2. AGAPLESION Lenkungsgruppe RM (2x jährlich) mit Gfs, ZD Interne Revision und Compliance, ZD Prozess- und Qualitätsmanagement, ZD Medizinmanagement. Konzernweite Analyse/ Weiterentwicklung des RM
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGAPLESION Management- und Risikobewertung Datum: 13.05.2022	- AGA Meinungsmanagement Rahmenkonzeption - AGA Qualitätspolitik Richtlinie - AGA Interne Qualitätssicherung Rahmenkonzeption - AGA Externe Rahmenkonzeption - AGA Qualitätsbericht Richtlinie - AGA Management- und Risikobewertung Formular - AGA Dokumentenmanagement Richtlinie - AGA EinsA Qualitätsversprechen Information - AGA Audit Rahmenkonzeption - AGA CIRS Rahmenkonzeption - AGA Patientensicherheit Richtlinie
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		QM-gesteuerte abteilungsspezifische Planung von Fortbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus Fortbildungsangebote für jede Berufsgruppe über die Rotenburger Akademie. Übernahme der Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen in der Weiterbildung durch das Haus.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Klinisches Notfallmanagement ist eingerichtet Datum: 17.10.2022	- Reanimationsteams 24h verfügbar - Expertenkreis Notfallbeauftragte der

			<p>Stationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notfallrucksack auf allen Stationen - Megacode-Trainings für Notfallbeauftragte - jährliche Reanimationsübungen
RM05	Schmerzmanagement	<p>Name: Akutschmerzdienst; Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 28.03.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Akutschmerzdienst für alle stationären Patient:innen durch hausinterne Schmerzmediziner:innen - Datenbasierte Auswertung (MEDLINQ-Schmerzvisite) und Patientenbefragung zur Schmerzbehandlung - Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen ist umgesetzt.
RM06	Sturzprophylaxe	<p>Name: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege Datum: 23.04.2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege ist umgesetzt. - Strukturierte Erfassung des Sturzrisikos und Auswertung der Ereignisse
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	<p>Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Datum: 12.02.2020</p>	<p>Jede:r Patient:in mit einem individuellen Dekubitusrisiko erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.</p> <p>Elektronische Wund- und Verlaufsdocumentation.</p>
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	<p>Name: Verfahrensanweisung Fixierungsmanagement Datum: 13.08.2020</p>	<p>Die Fixierung eines:einer Patient:in darf nur durchgeführt werden, wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung</p>

			vorliegt. Aus ethischen Gründen kommt sie nur dann in Frage, wenn andere, weniger einschneidende Maßnahmen nicht zum Erfolg führen und müssen auf das unbedingt notwendige Minimum beschränkt werden.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Störmeldeportal Medizintechnik; Verfahren beschrieben im Handbuch der Medizintechnik Datum: 21.09.2022	Ein Störmeldeportal für die Meldung von auftretenden Fehlfunktionen von Geräten ist eingerichtet, ein Verfahren zur Meldung festgelegt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Standardisierte Aufklärungsbögen werden hausweit eingesetzt und nach Eintragung individueller Angaben nach Aufklärung als Kopie dem:der Patient:in ausgehändigt.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Einsatz einer standardisierten OP-Checkliste (Risk-List) für Sicherheitsaspekte auf Station, vor der Einleitung und vor dem Eingriff. Team-Time-Out
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: Risk-List Datum: 05.11.2021	Risk-List mit entsprechenden Angaben wird standardmäßig eingesetzt.

RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: Risk-List Datum: 05.11.2021	Teil der Risk-List
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Patientenarmbänder Datum: 19.12.2019	Im stationären Bereich sowie bei allen ambulanten invasiven Maßnahmen wird durch das Anlegen des Patienten-Identifikationsarmbandes die Patientensicherheit erhöht. Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität des:der Patient:in bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen auszuschließen, beispielsweise bei der Versorgung kognitiv eingeschränkter Patient:innen (z.B. Demenz, Sedierung), der Verabreichung (Applikation) von Medikamenten oder der Verlegung auf eine andere Station.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Verfahrensanweisungen bspw. im Handbuch des Akutschmerzdienstes Datum: 28.03.2018	Verfahrensanweisung für die postoperative Versorgung sind klinikspezifisch umgesetzt.

RM18 Entlassungsmanagement

Name: Verfahrensanweisung
Entlassmanagement
Datum: 22.12.2020

Ziel des Entlassungsmanagements, welches sich auf den DNQP-Expertenstandard* „Entlassungsmanagement in der Pflege“ stützt, ist die Gewährleistung einer adäquaten und kontinuierlichen Weiterversorgung jedes/jeder Patient:in mit einem erhöhten Risiko von poststationären Versorgungsproblemen.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem Ja

Regelmäßige Bewertung Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Verbesserung Patientensicherheit Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Frühwarnsystem zur Schadensvermeidung. Die CIRS-Verantwortlichen analysieren die eingehenden CIRS-Meldungen und leiten meldekreisbezogen die eingegangenen Fälle an die CIRS-Basisteammitglieder weiter. Das CIRS-Basisteam trifft sich viermal im Jahr, bespricht eingegangene CIRS-Meldungen und generiert Verbesserungsmaßnahmen. Die Umsetzung und Wirksamkeit von Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen wird durch die CIRS-Verantwortlichen kontrolliert.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	02.06.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem Ja

Regelmäßige Bewertung Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

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

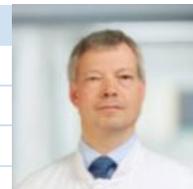
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	6
Hygienebeauftragte in der Pflege	4

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer
Telefon	(04261) 77-32 00
E-Mail	rieket@diako-online.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt
------------------------	---

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortsspezifischer 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	Nein
---	------

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
---	---------------------------------

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein
---	------

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

MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS DAS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Hygiene-Netzwerk im Landkreis Rotenburg (Wümme)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Eingeführt Anfang 2012 und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	
Regelmäßige Einweiserbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren
Regelmäßige Patientenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren
Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden		
Möglich	Ja	
Link		http://www.diako-online.de/Online-Meinungsbogen
Kommentar		zusätzliche Meinungskarten
Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement		
Ansprechperson für das Beschwerdemanagement		
Funktion	Sekretariat Theologischer Direktor	
Titel, Vorname, Name	Iris Kahnert	
Telefon	(04261) 77-22 13	
Fax	(04261) 77-20 02	
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de	



Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Patientenservice und Hausmanagement
Titel, Vorname, Name	Gabriele Hillert
Telefon	(04261) 77-22 13
Fax	(04261) 77-20 02
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de



Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

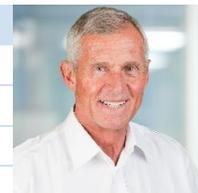
Link zum Bericht

Kommentar

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gerd Smolka
Telefon	(04261) 264 72 09
E-Mail	patientenfuersprecher@diako-online.de



Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Leiter der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Christian Hader
Telefon	(04261) 77-63 90
Fax	(04261) 77-63 77
E-Mail	C.Hader@diako-online.de



A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	8
Weiteres pharmazeutisches Personal	17

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 besondere 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, gegebenenfalls 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/der Patient:innen 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 potenzieller 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 Ärzt:innen sowie die angemessene Ausstattung der Patient:innen mit

Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensanweisungen zur Anordnung, Freigabe, Stellen der Medikamente (4-Augen-Prinzip) und Dokumentation verabreichter Medikamente Letzte Aktualisierung: 21.04.2020
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
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 - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - 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)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG, zur Verfügung.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG, zur Verfügung.
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja	Steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG, zur Verfügung.

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

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung Ja (siehe A-14.3)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

A-14.4 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 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	3000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Malte Mechels
Telefon	(04261) 77-64 02
Fax	(04261) 77-64 05
E-Mail	kjp@diako-online.de
Straße/Nr	Verdener Str. 200
PLZ/Ort	27356 Rotenburg
Homepage	http://www.diako-online.de



B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	

VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Verschiedene ambulante, teilstationäre und stationäre Gruppentherapien, teilweise unter Einschluss der Eltern, ergänzen das Behandlungsangebot.
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	Besondere Kooperationsstrukturen mit Ämtern und Jugendhilfeeinrichtungen stellen sicher, dass Kinder mit Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen rasch und kompetent versorgt werden.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Auf zwei tagesklinischen Stationen werden insgesamt 25 Kinder unter 14 Jahren behandelt.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	193
Teilstationäre Fallzahl	133

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F32	66	Depressive Episode
2	F43	36	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
3	F93	15	Emotionale Störungen des Kindesalters
4	F33	13	Rezidivierende depressive Störung
5	F50	13	Essstörungen
6	F94	11	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
7	F90	6	Hyperkinetische Störungen
8	F92	6	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
9	F60	4	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
10	F91	4	Störungen des Sozialverhaltens
11	F10	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

12	F19	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
13	F20	< 4	Schizophrenie
14	F21	< 4	Schizotype Störung
15	F22	< 4	Anhaltende wahnhafte Störungen

B-1.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-1.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	<p>Terminvergabe und Routineanfragen Montag bis Donnerstag 09.00 - 12.00 Uhr 14.00 - 16.00 Uhr Freitag 09.00 - 12.00 Uhr T (04261)77-64 02</p> <p>Für Notfälle rund um die Uhr!</p> <p>Spezialsprechstunden: TrauerZeit, Trauma-Akut-Sprechstunde, Tic/Tourette, Autismus bzw. Autismus-Spektrum-Störung</p>
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Pädiatrische Psychologie (VK28)
Angebotene Leistung	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunden (VX00)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Terminvergabe und Routineanfragen Montag bis Donnerstag 09.00 - 12.00 Uhr 14.00 - 16.00 Uhr Freitag 09.00 - 12.00 Uhr Für Notfälle rund um die Uhr T (04261) 77-64 02 F (04261) 77-64 05
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Pädiatrische Psychologie (VK28)
Angebotene Leistung	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)

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 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,86	
Ambulant	1,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,27	
Nicht Direkt	0,24	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	1,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0,24	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 63,90728

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,04	
Ambulant	2,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 21,34956

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,55	
Ambulant	0,64	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 75,68627

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,67	
Ambulant	0,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 288,0597

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 327,11864

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 11,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,29	
Ambulant	3,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 23,28106

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 2,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,10345

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 207,52688

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 7,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,3	
Ambulant	3,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 44,88372

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	669	97,6	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nierentransplantation (PNTX) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ²		100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	80	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	405	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	220	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen (15/1)	194	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	532	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	127	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	18	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	14	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	21	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	16	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	5	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Geburtshilfe (16/1)	1247	99,3	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Neonatologie (NEO)	200	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	225	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	27	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	200	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	80	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

Knieendoprothesenversorgung (KEP)	72	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	15	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	57	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

Trifft nicht zu

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

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 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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)	24
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 **Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

C-8.1 **Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

C-8.2 **Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

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 Patientensicherheit 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, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagements sowie der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die definierte Qualität zu erreichen und dies messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist u. a. die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen und integrativen 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 AGAPLESION Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten des Konzerns und der jeweiligen Einrichtung.

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 Expert:innen entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards oder Pflege- und Behandlungspfade und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Bei neuen gesetzlichen Vorgaben erstellen wir, wo möglich, gemeinsam Konzernvorgaben, um Ressourcen zu bündeln und Synergien zu nutzen. Damit tragen wir 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 Potenziale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung.

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



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. Auditor:innen 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 und ggf. Überleitung der Patient:innen 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:innen (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 angemessener 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:innen werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

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, aus Meldungen zu kritischen Ereignissen, Begehungen und Audits zusammen. Diese werden analysiert und es werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen konsentiert.

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:der 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 der Patient:innen 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:

- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- Hygienekonzeption und -standards

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

Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Expert:innen, 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.



Silber-Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“



Zertifiziertes Managementsystem nach ISO/IEC 27001:2013 durch den TÜV Rheinland



Zertifiziertes Brustkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Magenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum mit den Tumorentitäten Darmkrebs und Magenkrebs der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der

Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung
DGUV



Zertifizierung als überregionales
Traumazentrum und TNW Bremen im
TraumaNetzwerk DGU im Auftrag der
Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie



Pathologisches Institut/Fachbereich Pathologie
des Medizinischen Versorgungszentrums
(MVZ): Akkreditierung der Kompetenz nach
DIN EN ISO/IEC 17020:2012 als
Inspektionsstelle TYP C durch die DAkkS



Zertifiziertes Gefäßzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin und der Gesellschaft für
medizinische Radiologie



Zertifizierung als EndoProthetikZentrum durch
die Firma ClarCert nach den Vorgaben der
Initiative EndoCert.



Zertifizierung „Epilepsiezentrum für
Erwachsene“ der Deutschen Gesellschaft für
Epileptologie e.V.
und der Arbeitsgemeinschaft für prächirurgische
Epilepsiediagnostik und operative
Epilepsitherapie e.V.



Zertifizierte Überregionale Stroke Unit (10
Betten) nach Qualitätsstandard der Deutschen
Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung
Deutsche Schlaganfall-Hilfe



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

Zertifiziertes Tuberöse Sklerose-Zentrum
Nordwest der Tuberöse Sklerose Deutschland
e.V.

Zertifizierter Teil des Muskelzentrums Nordwest
der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke



Qualitätspartnerschaft PKV

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:der Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner:innen, 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, Organisationsstrukturen und Mitarbeiterverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein, und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter: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 moderne Gesundheitsdienstleisterin und attraktive Arbeitgeberin aus.

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 Ärzt:innen und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten

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

Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt insbesondere die Bearbeitung komplexer Projekte, in die verschiedenen Verantwortungsbereiche eingebunden sind, und die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen betreffen. 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 oder andere 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 in 2021 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte.

Prozessoptimierung / KHZG

2020 startend und 2021 fortgeführt, wurden Prozess- und Digitalisierungsprojekte in verschiedenen Bereichen durchlaufen. Vorangetrieben wurden die Projekte auch durch die AGA-Digitalstrategie. Prozesse wurden mit Hilfe von Datenanalysen sowie Interviews mit am Prozess beteiligten Berufsgruppen analysiert. Im Fokus standen die Funktionalität und Effizienz, die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Schnittstellen sowie der jeweilige Digitalisierungsgrad. Das Ergebnis des jeweiligen Projektes bilden die definierten Maßnahmen, deren Umsetzungen den Gesamtprozess optimieren.

2021 wurden die Weichen für die strategische Ausrichtung unserer Klinik unter Berücksichtigung der Digitalisierung gestellt. Projekte, die die Behandlungs- und Pflegeprozesse verändern werden, wurden initiiert.

Pflegehotspot Rotenburg – der Pflegeblog

2021 ging der Pflegehotspot an den Start! Pflegehotspot - Der Pflegeblog aus Rotenburg (pflegehotspot-rotenburg.de). Es handelt sich um einen Blog von und für Mitarbeitende. Gespickt mit Humor und vielfältigen Beiträgen erzählen Mitarbeiter:innen aus der Pflege u.a. von ihrem Berufsalltag, informieren praxisnah über Pflegefachthemen und geben Interviews. 2021 waren dies unter anderem Beiträge zu häufigen Krankheitsbildern, speziellen Behandlungsmethoden und Tipps, um den Arbeitsalltag zu erleichtern.