

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..... | 12 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 13 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 13 |
| A-9 | Anzahl der Betten..... | 14 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen..... | 14 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 14 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 21 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 31 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 32 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen..... | 33 |
| B-1 | Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden | 33 |
| C | Qualitätssicherung | 40 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 40 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 40 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung..... | 42 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 42 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 42 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 42 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 42 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V..... | 43 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 43 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr..... | 43 |
| D | Qualitätsmanagement | 44 |

- 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 Pilotenrichtungen 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:die einzelne Patient:in. 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 Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

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.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

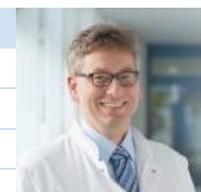
Standort

| | |
|---|--|
| Standortname: | AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH - Standort Verden |
| Hausanschrift: | Rosenweg 9 27283 Verden |
| Telefon: | (04231) 677-57 0 |
| Fax: | (04261) 77-67 03 |
| E-Mail: | psychiatrie@diako-online.de |
| Postfach: | 1211 27342 Rotenburg (Wümme) |
| Institutionskennzeichen: | 260330452 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 772100000 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL: | http://www.diako-online.de |

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Carsten Konrad |
| Telefon | (04261) 77-67 00 |
| Fax | (04261) 77-67 03 |
| E-Mail | psychiatrie@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 |



A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Krankenhasträger

| | |
|-------------|---|
| 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 |
|------|---|--|
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | u.a. Mobilisation von Patient:innen und in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Zusammenarbeit von Pflegekräften, Ärzt:innen und Sozialdienst |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | wird bei Bedarf hausintern angefordert (ebenfalls Praxis für Ergotherapie am Haus) |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Bezugspflege, Case-Management, Bereichspflege, Primary Nursing |

| | | |
|------|--|--|
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | u.a. Ausstellungen, Vernissagen und verschiedene Projektgruppen über die Ergotherapie |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapien: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie sowie Angebote des Sozialpädiatrischen Zentrums |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Pflegevisiten, Pflegeexperte für Basale Stimulation, Hygienefachkraft, Notfallbeauftragte:r, Gerätebeauftragte:r, Psychiatrische Krankenpflege, Breast Care Nurse, onkologische Fachpflege |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | innerhalb der Ergotherapie |
| MP63 | Sozialdienst | Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter:innen |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Ernährungssonden, Stomapflege, Tracheostoma Beratung, Elternanleitung, Elternabende für werdende Mütter und Väter |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|---|
| NM42 | Seelsorge | | Unsere Seelsorger:innen sind während des Aufenthaltes für die Patient:innen da – unabhängig von ihrer Weltanschauung oder Religion. Sie stehen unter Schweigepflicht. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | GesundheitsHaus |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilforganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | |

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 |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| 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 |
| BF25 | Dolmetscherdienst |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige |
| BF38 | Kommunikationshilfen |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme |

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 |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher |
| FL09 | Doktorandenbetreuung |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut |

A-9 Anzahl der Betten

| Betten | |
|--------|---|
| Betten | 0 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 159 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |
| 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: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,39 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,39 | |
| 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 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 2,85 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,85 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,04

Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,31 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 2,25 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,66 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 2,25 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,31 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,31 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,35 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,35 | |
| 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 | Risikomanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Britta Weber |
| Telefon | (04261) 77-21 00 |
| Fax | (04261) 77-39 99 |
| 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 Richtlinie Qualitäts- und Risikomanagement 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 Dokumentenmanage- ment Richtlinie - AGA EinsA Qualitätsversprechen Information - AGA Audit Rahmenkonzeption - AGA CIRS Rahmenkonzeption - AGA Patientensicherheit Richtlinie |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | | QM-gesteuerte abteilungsspezifische Planung von Fortbildungsmaßnah- men. Darüber hinaus Fortbildungsangebote für jede Berufsgruppe über die Rotenburger Akademie. Übernahme der Finanzierung von Fortbildungsmaßnah- men in der Weiterbildung durch das Haus. |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | | |

| | | | |
|------|---|--|--|
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Etablierung von verschiedensten Versorgungspfaden Datum: 17.10.2022 | - Reanimationsteams 24h verfügbar - Expertenkreis Notfallbeauftragte der Stationen - Notfallrucksack auf allen Stationen - Megacode-Trainings für Notfallbeauftragte - jährliche Reanimationsübungen |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Akutschmerzdienst; Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 28.03.2018 | - Patientenbefragung zur Schmerzbehandlung - Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen ist umgesetzt. |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege Datum: 23.04.2020 | - 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“) | Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Datum: 12.02.2020 | Im Rahmen der Umsetzung des Expertenstandards Wundmanagement wurde die Dekubitusprophylaxe einbezogen und mit umgesetzt. Elektronische Wund- und Verlaufsdocumentation. |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Verfahrensanweisung Fixierungsmanagement Datum: 13.08.2020 | Verfahrensanweisungen zum Fixierungsmanagement sind erstellt und umgesetzt. |

| | | | |
|------|--|--|--|
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Störmeldeportal Medizintechnik; Verfahrensanweisung Datum: 21.09.2022 | Ein Störmeldeportal für die Meldung von auftretenden Fehlfunktionen von Geräten ist eingerichtet, ein Verfahren zur Meldung festgelegt. Eine Verfahrensweisung zur Meldung einer Störung am Medizinprodukt an die zuständige Überwachungsbehörde ist ebenfalls erstellt und wird umgesetzt. |
| 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. |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Entlassmanagement Datum: 22.12.2020 | Verfahrensanweisungen zum Belegungsmanagement sowie Entlassungsmanagement sind umgesetzt. |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen 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 | 1 |

| 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

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

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 Nein

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Nein

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



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 |



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 | (0162) 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 | Herr 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 Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------------|---|
| Fachabteilung | Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden |
| Fachabteilungsschlüssel | 2900 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Carsten Konrad |
| Telefon | (04261) 77-67 00 |
| Fax | (04261) 77-67 03 |
| E-Mail | psychiatrie@diako-online.de |
| Straße/Nr | Rosenweg 9 |
| PLZ/Ort | 27283 Verden |
| 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

| | |
|------|--|
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |

| | |
|------|---|
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 159 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,39

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,39 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,39 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ51 | Psychiatrie 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: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 2,85 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,85 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,04

Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |
| 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: 1,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,31

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,31 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,31 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 2,25 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1,66 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,66 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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. |

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 Koronararchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

| | | | |
|---|------|-------|--|
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen 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 Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.1 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

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) | 2 |
| 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

Trifft nicht zu.

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.