



## Qualitätsbericht 2022 Tagesklinik Freiberg

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2022

Erstellt am 31.12.2023



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>7</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	13
A-9	Anzahl der Betten .....	13
A-10	Gesamtfallzahlen .....	13
A-11	Personal des Krankenhauses.....	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	30
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....</b>	<b>31</b>
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	31
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>40</b>
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 .....	43



---

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	43
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	43
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	43
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	43
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.....	44
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	44
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	52
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>54</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	54
D-2	Audits	55
D-3	Risikomanagement.....	56
D-5	Meinungsmanagement .....	57
D-6	Ideen- und Innovationsmanagement.....	58
D-7	Befragungen .....	58
D-8	Projektmanagement .....	58



Frankfurt am Main, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

die vielfältigen Informationen in einem Qualitätsbericht geben einen systematischen Überblick über die Leistungen eines Krankenhauses in Deutschland. All das soll Patient:innen und einweisende Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung helfen. Doch Zahlen und Fakten allein reichen nicht aus, um ein Krankenhaus zu beschreiben. Denn es bleibt ein Ort, an dem Menschen für Menschen da sind, ein existenziell bedeutender Ort der Hoffnung.

Jede Einrichtung ist geprägt von einer bestimmten Unternehmenskultur. Bei AGAPLESION steckt ein christliches Leitbild die Eckpfeiler ab. Wichtige Säulen sind eine hohe Zuwendungsqualität und ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Wir wollen uns den Menschen, die zu uns kommen, mit Kopf, Herz und Seele zuwenden. Dieser Qualitätsanspruch, den wir uns selbst stellen, ist christlich motiviert und in unserem Leitbild als Mission formuliert: „Wir behandeln und begleiten Menschen in allen Lebensphasen individuell und ganzheitlich. Mit unserer christlich geprägten Haltung fördern wir körperliches und seelisches Wohlergehen und bieten menschliche Zuwendung.“

Seit unserer Gründung vor gut 20 Jahren haben wir immer wieder unsere Freude an Veränderungen und Innovationen unter Beweis gestellt. Wir haben Erfahrung in der Zusammenlegung eigener Klinik-Standorte, um die Medizin und Pflege vor Ort zu stärken. Wir gehören zu den digitalen Vorreitern auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und sorgen mit eigenen Servicegesellschaften dafür, dass unsere Einrichtungen die beste Qualität in den Bereichen Medizintechnik, Reinigung, Catering und Logistik erhalten.

Zusammen mit unseren über 20.000 Mitarbeiter:innen entwickeln wir uns stetig weiter, um an der Seite der Menschen zu bleiben, die auf uns und christlich-diakonische Einrichtungen vertrauen. Unsere Organisation haben wir immer weiter professionalisiert und uns erhebliches Know-how angeeignet. Qualität ist für uns nicht an politische Reformen gekoppelt. Für uns als christlicher Gesundheitskonzern ist sie eine intrinsische Motivation – eine Verpflichtung, die uns antreibt. All unser Tun ist auf das Wohl unserer Patient:innen ausgerichtet.

Daran halten wir auch in Zukunft fest, komme, was da wolle.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG

Jörg Marx  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Freiberg, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Tagesklinik Freiberg ist eine Einrichtung für psychisch kranke Menschen. 25 behindertengerecht ausgestattete Therapieplätze stehen vor, nach oder an Stelle einer stationären Behandlung zur Verfügung. Im Gegensatz zu einer ambulanten Therapie werden ganztägig erweiterte Therapieprogramme für drei Gruppen angeboten. Die Behandlung findet wochentags statt. Das Wochenende und die Feiertage verbringt der Patient in seinem gewohnten Umfeld. Die Gruppeneinteilung orientiert sich an den notwendigen Therapieeinsätzen und dem Leistungsvermögen des Einzelnen. Diagnostische Angebote umfassen ärztliche Gespräche und körperliche Untersuchungen sowie auch Psycho- und Leistungsdiagnostik. Hierzu kommt die soziale Anamnese.

Das Therapeutische Team der Tagesklinik zeichnet sich durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aus. Das Therapieprogramm orientiert sich an einem festen Wochenplan und ist für jeden Patienten verbindlich. Die Therapie umfasst: regelmäßige ärztliche Visiten, differenzierte medikamentöse Behandlung, Psychotherapie in Gruppen und Einzelgespräche, Ergotherapie, soziales Kompetenztraining, Klärung und Bearbeitung sozialer und beruflicher Probleme, sozialdienstliche Beratung, Stadtraining, Physiotherapie einzeln und in Gruppen.

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Lehr  
Betriebsdirektor



## - Einleitung



### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Olga Madeckt
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:olga.madeckt@ediacon.de">olga.madeckt@ediacon.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Betriebsdirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Andreas Lehr
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

### Weiterführende Links

**Link zur Internetseite des Krankenhauses:** <http://www.agaplesion-mitteldeutschland.de>

**Link zu weiterführenden Informationen:** <http://www.bethanien-hochweitzschen.de>



## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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	
<b>Krankenhausname</b>	Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen
<b>Hausanschrift</b>	Hochweitzschen 1 2353 04720 Döbeln
<b>Zentrales Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>Zentrale E-Mail</b>	<a href="mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de">info@bethanien-hochweitzschen.de</a>
<b>Postanschrift</b>	Postfach 2353 04713 Döbeln
<b>Institutionskennzeichen</b>	261401201
<b>URL</b>	<a href="http://www.bethanien-hochweitzschen.de">http://www.bethanien-hochweitzschen.de</a>

Weitere relevante IK-Nummern	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261401201

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
<b>Funktion</b>	Chefarzt und Ärztlicher Leiter
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-103
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de">francisco.pedrosagil@ediacon.de</a>



## Pflegedienstleitung

### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Petra Hundrieser
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Petra.Hundrieser@ediacon.de">Petra.Hundrieser@ediacon.de</a>

## Verwaltungsleitung

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Betriebsdirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Andreas Lehr
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

## Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

### Standort

<b>Standortname:</b>	Tagesklinik Freiberg Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanie
<b>Hausanschrift:</b>	Scheunenstraße 13 09599 Freiberg
<b>Telefon:</b>	03731/798-715
<b>Fax:</b>	03731/798-727
<b>Postfach:</b>	2353 04713 Döbeln
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261401201
<b>Standortnummer aus dem Standortregister:</b>	773161000
<b>Standortnummer (alt)</b>	03
<b>URL:</b>	<a href="http://www.bethanien-hochweitzschen.de">http://www.bethanien-hochweitzschen.de</a>



## Ärztliche Leitung

### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-103
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de">francisco.pedrosagil@ediacon.de</a>

## Pflegedienstleitung

### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Petra Hundrieser
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Petra.Hundrieser@ediacon.de">Petra.Hundrieser@ediacon.de</a>

## Verwaltungsleitung

### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Betriebsdirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Andreas Lehr
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:andreas.lehr@ediacon.de">andreas.lehr@ediacon.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

### Krankenhausträger

<b>Name</b>	Fachkrankenhaus BETHANIEN Hochweitzschen gemeinnützige GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universitäten</b>	Universität Leipzig Hochschule Nordhausen



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Beratungen werden durch die Ärzte und Mitarbeitende des Sozialdienstes durchgeführt.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Verschiedene Diätformen und Ernährungsberatung möglich, insbesondere für Diabetiker. Psychoedukation, BELA (Bewegung-Ernährung-Lernen-Akzeptieren) sind spezielle Ernährungsleitlinien in unserem Haus.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Wird schwerpunktmäßig durch den Sozialdienst durchgeführt und durch Pflegedienst ergänzt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie hilft Menschen, die durch die Krankheit oder Behinderung in ihre Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Als Therapiemittel dienen kreatives, freies Gestalten mit verschiedenen Werkmaterialien, soweit stützende, strukturierende handwerklichen Techniken.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durchführung von Hirnleistungstraining zur Verbesserung der Merkfähigkeit, Förderung durch Konzentrationsübungen im Rahmen eines Rehacom-Programmes.
MP25	Massage	Vor allem Klassische und Bindegewebs-Massage zur Muskelentspannung und Schmerzlinderung.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und Gruppentherapie wird angeboten.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Kommunikative Bewegungstherapie ist eine Gruppentherapie mit psychotherapeutischen Komponenten in Zusammenarbeit mit Psychologen und Psychotherapeuten.



MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Als Prävention wird für die Mitarbeitende und Patienten das Rückentraining im Sinne der Gesundheitserhaltung angeboten. Wirbelsäulengymnastik wird auf ärztl. Anforderung durchgeführt.
MP63	Sozialdienst	Die Mitarbeitende des Sozialdienstes unterstützen die Klärung sozialer Probleme. Vermittlung in weiterführende Angebote.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	PMR, Autogenes Training, Qi-Gong, Tai-Chi werden als Entspannungsmethoden angeboten.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Sporttherapie/Bewegungstherapie sollen die Verbesserung der Muskelkraft und Förderung der Beweglichkeit ermöglichen.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Logopädie erfolgt bei Bedarf durch externe Anbieter.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Fangopackungen und Kryotherapie werden als vorreitende Maßnahmen vor Massagen, Manuelle Therapie und Krankengymnastik angewendet.
MP51	Wundmanagement	Wundversorgung erfolgt nach enger Zusammenarbeit mit Wundexperten und wird in der Wunddokumentation erfasst.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen ist gegeben.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen vor Ort.



## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge</a>	Einzelgespräche finden nach Vereinbarung statt.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/verpflegung-cafeteria">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/verpflegung-cafeteria</a>	Vegetarische und vegane Küche werden angeboten.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/selbsthilfegruppen">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/selbsthilfegruppen</a>	Selbsthilfegruppe für Abhängigkeitskranke werden wöchentlich in der Psychiatrischen Institutsambulanz in enge Zusammenarbeit mit der Suchtklinik durchgeführt.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

#### Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

<b>Funktion</b>	Schwerbehindertenvertretung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Kathleen Dathe
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de">info@bethanien-hochweitzschen.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Ist im Bereich vorhanden.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Ist im Bereich vorhanden.
BF24	Diätische Angebote	Ernährungsberatung und Diäten.
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	größere Blutdruckmanschette.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Im Bereich vorhanden.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Im Bereich vorhanden.



BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Ist vorhanden.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Ist gegeben.
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	Alle Notrufsysteme sind barrierefrei erreichbar.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
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
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	25

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	183
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 39,5 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

##### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,96

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,86	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
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 39,5 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,81

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	2,56	
Ambulant	0,25	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,79

**Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,79	
Nicht Direkt	0	

### **A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

#### **Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
Nicht Direkt	0	

#### **Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,95

**Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

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

**Anzahl Vollkräfte:** 0,15

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,63

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,58	
Ambulant	0,05	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

### **Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,41

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,41	
Nicht Direkt	0	

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

<b>Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</b>	
<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Olga Madeckt
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-202
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:olga.madeckt@ediacon.de">olga.madeckt@ediacon.de</a>

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

<b>Lenkungsgremium</b>	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	KHD, QMB
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise



## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Angaben zur Person

**Angaben zur Person** Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

**Funktion** Qualitätsmanagementbeauftragte

**Titel, Vorname, Name** Olga Madeckt

**Telefon** 03431/656-0

**Fax** 03431/656-202

**E-Mail** [olga.madeckt@ediacon.de](mailto:olga.madeckt@ediacon.de)

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

#### Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe

**Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe** Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

**Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche** KHD, QMB

**Tagungsfrequenz des Gremiums** quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagementhandbuch Datum: 18.07.2016
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: VA Medizinische Notfälle Datum: 22.11.2019
RM06	Sturzprophylaxe	Name: VA Sturzmanagement Datum: 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: VA Dekubitusmanagement in der Pflege Datum: 04.05.2020
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Durchführungsrichtlinien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen Datum: 06.07.2020



RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: VA Ausfall KIS medico, Ärztlich Verlaufsdocumentation, Medizinische und Nichtmedizinische Leistungsanforderung, Telefonverzeichnis bei Ausfall KIS medico. Datum: 20.01.2020
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel - Ärztekonzferenzen, Teambesprechungen, Supervision. - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Informationsblatt Patientenarmbänder Datum: 23.09.2013
RM18	Entlassungsmanagement	Name: VA Entlassmanagement Datum: 02.11.2020

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	Einsatz von Patientenarmbändern, CIRS, Umsetzung von Hygienerichtlinie edia.con, Kommunikation wurde verbessert, Standards und Verfahrensanweisungen wurden aktualisiert, Schulungen zu verschiedenen Themen wurden durchgeführt (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Arzneimittel, Deeskalation).

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.05.2020
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

<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	jährlich



**Nr. Instrument und Maßnahme**

EF00 Sonstiges

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Diese Leistungen werden über Dritte (BZH Freiburg) Dr. med. S. Geßner erbracht.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	anteilig
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	anteilig gemäß den Anforderungen der RKI Richtlinie.
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

#### Hygienekommission

**Hygienekommission eingerichtet** Ja

**Tagungsfrequenz des Gremiums** halbjährlich

#### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

**Funktion** Chefarzt und Ärztlicher Leiter

**Titel, Vorname, Name** Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil

**Telefon** 03431/656-0

**Fax** 03431/656-103

**E-Mail** [francisco.pedrosagil@ediacon.de](mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe

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 Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
---	----

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	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	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungen der Mitarbeitenden zur hygienebezogenen Themen werden durchgeführt.

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Tagesklinik Freiberg verfügt über ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement. Der Umgang mit Beschwerden ist in einer VA geregelt. Alle Patienten:innen, Besucher:innen und Mitarbeitende haben die Möglichkeit ihre Beschwerden und Hinweise zu äußern. Das Vorbringen der Beschwerden kann in schriftlicher oder mündlicher Form erfolgen. Das Formular liegen in der Tagesklinik aus. Die Beschwerde kann über den Patientenbriefkasten oder auch direkt eingereicht werden.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:in eine schriftliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch das zuständige Mitglied des Krankenhausdirektoriums zukommt. Hierzu erfolgt eine direkte Weiterleitung der aufgenommenen Beschwerde durch den Mitarbeiter an das KHD. Zum Abgleich der schriftlichen Beschwerden werden alle Eingänge erfasst und regelmäßig durch die QMB ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:in eine mündliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch den zuständigen Mitarbeiter:in der Tagesklinik. Es wird versucht die Problematik zu klären, bei nicht möglicher Klärung erfolgt eine schriftliche Weiterleitung an das KHD.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Für uns sind die Beschwerden keine negativen Ereignisse, sondern eine Chance, mit subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten umzugehen und aus objektiv auftretenden Defiziten zu lernen und Verbesserungen abzuleiten. Patienten, Angehörige und andere für und relevanten Personen, die sich beschweren, sind unsere Partner. Beschwerden werden von uns sehr ernst genommen während des Aufenthaltes erfolgt eine Rückmeldung an den/die Beschwerdeführer:in.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Die Beschwerde wird innerhalb von 72 Stunden bearbeitet und es erfolgt eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer:in.



#### Regelmäßige Einweiserbefragungen

**Durchgeführt** Ja

**Link**

**Kommentar** in zweijährigen Intervallen werden Einweiserbefragungen durchgeführt.

#### Regelmäßige Patientenbefragungen

**Durchgeführt** Ja

**Link**

**Kommentar** Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen mit anonymen Fragebögen in der Tagesklinik durchgeführt. Die Auswertungen der Fragebögen werden regelmäßig durch die QMB vorgenommen. Ziel ist es, die persönlichen Eindrücke und Meinungen über den Aufenthalt der Patienten in der Tagesklinik zu ermitteln. Der eingesetzte Fragebogen enthält Fragestellungen mit konkretem Bezug zur Aufnahme, zur Tagesklinik und die Behandlung.

#### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

**Möglich** Ja

**Link** <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>

**Kommentar** Andreas Lehr-Betriebsdirektor Telefon: 03431/656 0 Fax: 03431/656 202

#### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

##### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Funktion** Betriebsdirektor

**Titel, Vorname, Name** Andreas Lehr

**Telefon** 03431/656-0

**Fax** 03431/656-202

**E-Mail** [info@bethanien-hochweitzschen.de](mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de)

##### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

**Link zum Bericht** <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>

**Kommentar** Betriebsdirektor nimmt die Beschwerden entgegen.

#### Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

##### Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

**Funktion** Patientenfürsprecherin

**Titel, Vorname, Name** Anett Hünersen

**Telefon** 03431/656-0

**Fax** 03431/656-202

**E-Mail** [info@bethanien-hochweitzschen.de](mailto:info@bethanien-hochweitzschen.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

<b>Funktion</b>	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-103
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de">francisco.pedrosagil@ediacon.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0



#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, 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 Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:  
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.
- Entlassung:  
Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	



AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li><li>- Aushändigung des Medikationsplans</li><li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li></ul>
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Name: Aufklärungsbögen Medikamente Letzte Aktualisierung: 10.08.2020
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fallbesprechungen</li><li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li><li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li><li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li></ul>
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)</li><li>- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)</li></ul>
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li><li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li><li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li></ul>
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 17.08.2017



## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

**Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?**

Ja

#### Kommentar

Unser Träger hat im August 2021 die Richtlinie Schutzkonzept für Kinder, Jugendliche und vulnerable Patientengruppen für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Für relevante Bereiche in unserem KH wird eine Gefährdungsanalyse durchgeführt und daraus vorbeugende Maßnahmen abgeleitet. Ein E-Learning ist für die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen verpflichtend zu absolvieren. Ein Meldesystem ist intern etabliert und Kontaktadressen für externe Beratungsstellen sind verfügbar.

### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

**Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?**

Nein



## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	Hirnstrommessung

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

**Zugeordnete Notfallstufe** Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

**Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung** 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 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

##### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2960
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt, Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
<b>Telefon</b>	03431/656-0
<b>Fax</b>	03431/656-103
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de">francisco.pedrosagil@ediacon.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Scheunenstraße 13
<b>PLZ/Ort</b>	09599 Freiberg
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.bethanien-hochweitzschen.de">http://www.bethanien-hochweitzschen.de</a>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

##### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

**Zielvereinbarung gemäß DKG** Ja

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung</b>	<b>Kommentar</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Krisenintervention
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation.



VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, psychologische Psychotherapie.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Regelbehandlung mit Psychoedukation, ärztliche/psychologische Psychotherapie, Krisenintervention.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, psychologische Psychotherapie, Krisenintervention.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, Krisenintervention.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie.
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz Freiberg.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Fallzahlen

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	183

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Psychiatrische Institutsambulanz Freiberg

<b>Ambulanzart</b>	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
<b>Kommentar</b>	Psychiatrische Institutsambulanz



<b>Ambulanzart</b>	<b>Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)</b>
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

### **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 39,5 Stunden.**

#### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte: 1**

**Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,86	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**



**Anzahl:** 0

**Anzahl stationäre Fälle je Person:**

### **B-1.11.2 Pflegepersonal**

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.**

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,81

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	2,56	
Ambulant	0,25	

  

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

#### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,79



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,79	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

**B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,24	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

### **Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte: 0,95**

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

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

**Anzahl Vollkräfte: 0,15**

**Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

**Anzahl Vollkräfte:** 1,63

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,58	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0



### **Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

**Anzahl Personen:** 0,41

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	0,41	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	0,41	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0



## **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**

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Dokumentationsrate</b>	<b>Dokumentierte Datensätze</b>	<b>Kommentar</b>
Herzschriltmacher-Implantation (09/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschriltmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschriltmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Mammachirurgie (18/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	15	100,00 %	0	Die Dokumentationsrate wurde standortübergreifend berechnet.
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Herztransplantation (HTXM_TX)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX)	0	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



## **C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

**C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt**

### **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**

#### **C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr**

Trifft nicht zu.

#### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

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**

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	1
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	1
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1



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

### **C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Trifft nicht zu

### **C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Trifft nicht zu

## **C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

### **Gesamtkommentar**

In einigen Bereichen konnten zeitweise nicht alle Besetzungsvorgaben nachgewiesen werden. Gründe hierfür sind beispielsweise Langzeiterkrankungen und Austritte mit zeitversetzten Nachbesetzungen im Kontext des allgemeinen Fachkräftemangels.

## **Nachweis 1. Quartal**

### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises**

1. Quartal 2022

### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung**

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

### **C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"**

#### **C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung**

##### **C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung**

#### **Regionale Pflichtversorgung**

**Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?** Ja

**Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?** Nein

**Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?** Nein



### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
TKFG	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen

### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	998
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	109

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	383
Pflegefachpersonen	1265
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	574
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	750
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	244
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	223

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	
Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?	Ja



### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	421	91,00
Pflegefachpersonen	Ja	1229	102,92
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	395	145,29
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Ja	646	116,10
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	65	374,83
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	247	90,30

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

#### Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad der Einrichtung 114,50 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

#### Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 2. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

2. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.



## C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

#### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

##### Regionale Pflichtversorgung

**Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?** Ja

**Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?** Nein

**Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?** Nein

#### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
TKFG	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen

#### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1255
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	41

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	444
Pflegefachpersonen	1258
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	684
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	661
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	211
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	116

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

##### Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

**Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?** Nein



### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	492	90,20
Pflegefachpersonen	Nein	1428	88,10
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	462	148,15
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	759	87,02
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	75	281,78
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	290	40,00

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

#### Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad der Einrichtung 96,24 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

#### Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 3. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

3. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.



## C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

#### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

##### Regionale Pflichtversorgung

**Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?** Ja

**Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?** Nein

**Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?** Nein

#### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
TKFG	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen

#### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1324
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	51

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	471
Pflegefachpersonen	1421
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	585
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	734
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	241
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	229

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

##### Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

**Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?** Nein



### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	522	90,20
Pflegefachpersonen	Ja	1514	93,89
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	490	119,47
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Ja	804	91,32
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	80	300,79
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	307	74,43

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

#### Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad der Einrichtung 99,03 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

#### Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 4. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

4. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.



## C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

#### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

##### Regionale Pflichtversorgung

Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja

Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche? Nein

Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste? Nein

#### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
TKFG	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen

#### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1190
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	42

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	421
Pflegefachpersonen	1237
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	653
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	330
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	186
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	301

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

##### Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten? Nein



### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	468	90,00
Pflegefachpersonen	Ja	1357	91,16
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	440	148,46
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	721	45,74
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	71	261,46
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	275	109,36

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

#### Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad der Einrichtung 93,86 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

#### Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle Nein

Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen Nein

Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen Nein

## C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.



### Arzneimittel für neuartige Therapien

**Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?** Nein



## **D Qualitätsmanagement**

### **D-1 Qualitätspolitik**

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

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe sowie Kriege in Europa 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 Konzerns 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 Experten 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 Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung. Die Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds ermöglichen bis 2025 eine deutliche Verbesserung der digitalen Infrastruktur zum Wohle und für die Sicherheit unserer Patient:innen.

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



## D-2 Audits

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

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung 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 (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 werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

### **D-3 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 schadhaften 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:r 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:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und -standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.



## D-4 Systemaudits statt Zertifizierungen

Unser Krankenhaus verfügt bereits seit über 10 Jahren über ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem. Mit etablierten Instrumenten halten wir dieses aufrecht und überprüfen regelmäßig die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen. Dies erfolgt für das Gesamthaus nicht mehr wie bisher durch externe Begehungen von Zertifizierungsgesellschaften. AGAPLESION hat als Deutschlandweit tätiger Gesundheitskonzern einen Zentralen Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement mit Experten, die diese Begehungen nun regelmäßig durchführen.

Eine DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH) akkreditierte ISO-Auditorin führt zusammen mit dafür qualifizierten Kolleg:innen ein sog. Systemaudit durch, bei dem sowohl im Vorfeld, als auch vor Ort, die Strukturen und Prozesse nach dem Standard der DIN EN ISO 9001:2015 geprüft werden. Die Ergebnisse werden in einem Auditbericht dargelegt und der Geschäftsführung und dem:der Qualitätsmanagementbeauftragten zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

## D-5 Meinungsmanagement

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



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



## D-6 Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

## D-7 Befragungen

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

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

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

## D-8 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 berufsgruppenübergreifenden Themen betreffen. Unter der Berücksichtigung des AGAPLESION Leitbildes 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 im Jahr 2022 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:



- 
- Anerkennung als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig
  - Umbenennung in „Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen - Zentrum für psychosoziale Medizin“
  - Einführung der digitale Visitenanordnung und digitale Wund- / Fotodokumentation im Medico
  - Umsetzung Maßnahmen aus Projekt Klimaanpassung - Konzept für Soziale Einrichtungen
  - Projekt in der Zusammenarbeit mit FHS Anhalt Umgestaltung von Außengelände – modulare Realisierung einzelner Projektbausteine
  - Inbetriebnahme Outdoor Fitnesspark und Boulderwand als Angebot zur Freizeitgestaltung für Patienten:innen