



Qualitätsbericht 2020

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

Erstellt am 31.12.2021





Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 7 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... | 7 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 9 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 9 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 9 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 12 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 12 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 13 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 18 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 27 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V..... | 27 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 29 |
| B-1 | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)..... | 29 |
| C | Qualitätssicherung..... | 36 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 36 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate..... | 36 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V..... | 37 |



| | | |
|----------|--|-----------|
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 37 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 37 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 37 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V..... | 38 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 38 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 39 |
| D | Qualitätsmanagement..... | 40 |
| D-1 | Qualitätsmanagement | 40 |
| D-2 | Audits | 42 |
| D-3 | Risikomanagement..... | 43 |
| D-4 | Zertifizierungen..... | 44 |
| D-5 | Meinungsmanagement | 44 |
| D-6 | Ideen- und Innovationsmanagement..... | 45 |
| D-7 | Befragungen..... | 45 |
| D-8 | Projektorganisation | 46 |



- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | QMB |
| Titel, Vorname, Name | Olga Madeckt |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | olga.madeckt@ediacon.de |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Betriebsdirektor |
| Titel, Vorname, Name | Andreas Lehr |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | andreas.lehr@ediacon.de |

Weiterführende Links

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

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



Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main

Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Döbeln, im Dezember 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Tagesklinik Döbeln ist eine Einrichtung für psychisch kranke Menschen. 22 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 zwei 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



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen |
| Hausanschrift | Hochweitzschen 1 1 04720 Großweitzschen |
| Zentrales Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| Zentrale E-Mail | info@bethanien-hochweitzschen.de |
| Postanschrift | Postfach 2353 04713 Döbeln |
| Institutionskennzeichen | 261401201 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | http://www.bethanien-hochweitzschen.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt/Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-103 |
| E-Mail | francisco.pedrosagil@ediacon.de |



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Petra Hundrieser |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | Petra.Hundrieser@ediacon.de |

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Betriebsdirektor |
| Titel, Vorname, Name | Andreas Lehr |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | andreas.lehr@ediacon.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort

| | |
|---|---|
| Standortname: | Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen |
| Hausanschrift: | Dr. Christian-Beßler-Str. 1 04720 Döbeln |
| Telefon: | 03431/6644-0 |
| Fax: | 03431/656-202 |
| Postfach: | 2353 04713 Döbeln |
| Institutionskennzeichen: | 261401201 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 773160000 |
| Standortnummer (alt) | 02 |
| URL: | http://www.bethanien-hochweitzschen.de/ |

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt/Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-103 |
| E-Mail | francisco.pedrosagil@ediacon.de |



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Petra Hundrieser |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | Petra.Hundrieser@ediacon.de |

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Betriebsdirektor |
| Titel, Vorname, Name | Andreas Lehr |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | andreas.lehr@ediacon.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

| | |
|-------------|---|
| Name | Fachkrankenhaus BETHANIEN Hochweitzschen gemeinnützige GmbH |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

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 |
|------|---|--|
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Logopädie erfolgt nach Bedarf durch externe Dienstleister. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Als Prävention wird für die Mitarbeitende das Rückentraining im Sinne der Gesundheitserhaltung angeboten. Wirbelsäulengymnastik wird auf ärztl. Anforderung durchgeführt. |
| 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, sowie stützende, strukturierende handwerklichen Techniken. |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Sporttherapie/Bewegungstherapie sollen die Verbesserung der Muskelkraft und Förderung der Beweglichkeit ermöglichen. |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Verschiedene Diätformen und Ernährungsberatung möglich, insbesondere für Diabetiker. Psychoedukation, BELA (Bewegung-Ernährung-Lernen-Akzeptieren) sind spezielle Ernährungsleitlinien in unserem Haus. |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen ist gegeben. |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Beratungen werden durch Ärzte und Mitarbeitende des Sozialdienstes durchgeführt. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Sozialdienst | Kommunikative Bewegungstherapie ist eine Gruppentherapie mit einer psychotherapeutischen Komponente in Zusammenarbeit mit Psychologen und Psychotherapeuten. |
| MP51 | Wundmanagement | Wundversorgung erfolgt nach enge Zusammenarbeit mit Wundexperten und in der Wunddokumentation erfasst. |
| MP63 | Sozialdienst | Die Mitarbeitende des Sozialdienstes unterstützen die Klärung sozialer Probleme. Vermittlung in weiterführende Angebote. |



| | | |
|------|---|--|
| MP25 | Massage | Vor allem Klassische und Bindegewebs-Massage zur Muskelentspannung und Schmerzlinderung. |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | Durchführung von Hirnleistungstraining zur Verbesserung der Merkfähigkeit, Förderung durch Konzentrationsübungen in Rahmen eines Rehacom-Programmes. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und Gruppentherapie wie angeboten. |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Wird schwerpunktmäßig durch den Sozialdienst durchgeführt und durch die Pflege ergänzt. |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | PMR, Autogenes Training, Qi-Gong, Tai Chi werden als Entspannungsmethoden angeboten. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Fangopackungen und Kryotherapie werden als vorreitende Maßnahmen vor Massagen, Manuelle Therapie und Krankengymnastik angewendet. |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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



A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Patientenführsprecherin |
| Titel, Vorname, Name | Annette Richter |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | info@bethanien-hochweitzschen.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--|
| BF24 | Diätische Angebote | Ernährungsberatung und Diäten. |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | In allen Bereichen vorhanden. |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | größere Blutdruckmanschette |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | ist gegeben |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | Ist in den Bereichen vorhanden. |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | Alle Räume sind barrierefrei zu erreichen. |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | Zugangs- und Eingangsbereich ist barrierefrei. |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Ist vorhanden. |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen. |
| BF21 | Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Hilfsmittel sind vorhanden. |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | Hilfsmittel sind vorhanden. |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu.

A-9 Anzahl der Betten

Betten

Betten 22



A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 147

Ambulante Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,51

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,51 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,51 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,45 | |
| Ambulant | 0 | |



| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,97

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,97 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,97 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,75



Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

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

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,05

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,05 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,05 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,56



Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,56 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,56 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,02

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,02 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,02 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 0,63



Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Anzahl Vollkräfte: 0,48

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,48 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,48 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,51



Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,51 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,51 | |
| 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 | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Olga Madeckt |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-202 |
| E-Mail | olga.madeckt@ediacon.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

| | |
|--|---------------|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | KHD, QMB |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | 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 |

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: 06.01.2020 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| 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: Verfahrensanweisung Dekubitusmanagement in der Pflege Datum: 11.05.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Durchführungsrichtlinien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen Datum: 13.07.2020 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: VA Kiss Ausfall, Ärztliche Verlaufsdokumentation/(Nicht-) Medizinische Leistungsanforderung/ Telefonverzeis bei Ausfall von Kiss Medico Datum: 06.01.2020 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Qualitätszirkel - Ärztekonzferenz, Teambesprechungen, Supervision - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Name: Informationsblatt Patientenarmbänder Datum: 06.01.2020 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Datum: 09.11.2020 |



A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | quartalsweise |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 11.05.2020 |
| 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

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

| 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 | |
| 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 Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-103 |
| E-Mail | 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 Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

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



A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe Ja

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

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben 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 Mitarbeiter zu 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 | Ja | Die Tagesklinik Döbeln verfügen über ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement. Der Umgang mit Beschwerden ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Alle Patienten, Besucher und Mitarbeitende haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden und Hinweise zu äußern. Das Vorbringen der Beschwerden kann in schriftlicher und mündlicher Form erfolgen. Das Formular liegt 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) | Ja | Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer 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 | Ja | Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer eine mündliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch den zuständigen Mitarbeiter der Tagesklinik. Es wird versucht vor Ort die Problematik zu klären, bei nicht möglicher Klärung erfolgt eine schriftliche Weiterleitung an das Krankenhausdirektoriums. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | Für uns sind 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 uns relevanten Personen, die sich beschweren, sind unsere Partner. Beschwerden werden von uns sehr ernst genommen |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | während des Aufenthaltes erfolgt eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer. |



Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar in zweijährigen Interwallen werden Einweiserbefragungen durchgeführt.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen mit anonymen Fragebögen in unseren Tageskliniken durchgeführt. Die Auswertungen der Fragebögen werden regelmäßig durch die Qualitätsbeauftragte vorgenommen. Ziel ist es, persönliche 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 ärztliche Behandlung.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

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

Kommentar Hr. Andreas Lehr (Betriebsdirektor) Telefon: 03431/656-0 Fax: 03431/656-202
info@bethanien-hochweitzschen.de

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 andreas.lehr@ediacon.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

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

Kommentar Betriebsdirektor nimmt Beschwerden entgegen.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion Patientenfürsprecherin

Titel, Vorname, Name Annette Richter

Telefon 03431/656-0

Fax 03431/656-202

E-Mail info@bethanien-hochweitzschen.de



Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

Patientenfürsprecherin Krankenhausbereich

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 | 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 |

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, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

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

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |
| 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: VA Medikamentenmanagement Letzte Aktualisierung: 21.09.2017 |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |



| | | |
|------|--|---|
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System) |
| 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 |
| 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 |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | |
| 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) |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagementhandbuch Letzte Aktualisierung: 06.01.2020 |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|------------------|
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Nein | Hirnstrommessung |

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

| | |
|--------------------------------|---|
| Fachabteilung | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| Fachabteilungsschlüssel | 2960 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

| | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Ärztlicher Direktor / Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil |
| Telefon | 03431/656-0 |
| Fax | 03431/656-103 |
| E-Mail | francisco.pedrosagil@ediacon.de |
| Straße/Nr | Dr. Christian-Beßler-Str. 1 |
| PLZ/Ort | 04720 Döbeln |
| Homepage | http://www.bethanien-hochweitzschen.de/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

| | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |
| Kommentar | Ja |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------------|---|--|
| 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 und Intensivbehandlung |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Regelbehandlung und 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 Döbeln |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 9-649 | 2029 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen |
| 2 | 9-607 | 124 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 3 | 3-200 | < 4 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel |
| 4 | 9-980 | < 4 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie |
| 5 | 9-984 | < 4 | Pflegebedürftigkeit |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz Döbeln

| | |
|-------------|--|
| Ambulanzart | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02) |
| Kommentar | psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.



B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

| | |
|--|------|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,51

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,51 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,51 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,45



Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,45 | |
| 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:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,97

Personal aufgeteilt nach:



| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,97 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,97 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| 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: 1,05

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,05 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,05 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,56

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,56 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,56 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,02

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,02 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,02 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

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

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,63 | |
| 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

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹ | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



| | | |
|---|---|--|
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierentransplantation (PNTX) ² | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

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

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

Trifft nicht zu.

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 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.

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.



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



D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätsmanagement

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

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

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

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

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

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

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





D-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 des Patienten analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

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

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



D-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, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

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

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

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

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

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



D-4 Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Südcert-zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001 : 2015

D-5 Meinungsmanagement

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



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, 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 Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2020 unter anderem die zwei folgenden:

Zertifizierungsverfahren zum Evangelischen Gütesiegel Familienorientierung

Zur Vorbereitung des Zertifizierungsverfahren zum Evangelischen Gütesiegel Familienorientierung beteiligte sich das Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen an einer Arbeitsgruppe im Verbund Agaplesion Mitteldeutschland. Die Zertifizierung wird durch die Führungsakademie für Kirche und Diakonie in Kooperation mit der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) sowie der Diakonie Deutschland durchgeführt. Das Verfahren des Evangelischen Gütesiegels Familienorientierung umfasste vier Hauptschritte. Zunächst erfolgte eine Selbstverpflichtung zur Familienorientierung durch die Geschäftsführung der AGAPLESION MITTELDEUTSCHLAND und die Gesamtmitarbeitervertretung, zudem wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert. An den Standorten bildeten sich Arbeitsgruppen, um die im Rahmen der Zertifizierung notwendigen Aufgaben gemeinsam anzugehen. Im zweiten Schritt stand die Ist-Analyse der vorhandenen Maßnahmen an. Die Ergebnisse wurden im Oktober 2020 vorgestellt. Auf dieser Basis wurden weitere familienorientierte Maßnahmen entwickelt und umgesetzt. Mit der Auditierung, an der neben Geschäftsführung, Mitarbeitervertretung und Personalabteilung auch Beschäftigte aller Berufsgruppe beteiligt waren, ging das Verfahren in die letzte Phase. In dieser ging es um die Verankerung der Maßnahmen, ihre Relevanz und Bekanntheit sowie um den Umsetzungsstand und Fragen der Kommunikation.

Angebot einer Corona Telefonhotline für Ratsuchende durch die psychologischen Mitarbeiter

Da die Corona-Krise gerade für psychisch erkrankte Menschen eine besondere Herausforderung darstellt, wurde im April 2020 eine telefonische Hotline eingerichtet. Ratsuchende konnten sich hier kostenlos in allen Problembereichen von psychologischen Mitarbeitern beraten lassen und sich dabei auf Anonymität und ärztliche Schweigepflicht verlassen. Die Hotline war täglich (außer am Wochenende und feiertags) von 10 bis 12 Uhr erreichbar. Es standen jeweils ein Psychologe oder eine Psychologin der Klinik als Ansprechpartner zur Verfügung.

Personal- und Organisationsentwicklung vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung

Das Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen beteiligte sich am ESF-Projekts Rückenwind + „Arbeiten 4.0“ mit dem Thema: „Digitales Kompetenz- und Fortbildungsmanagement“. Grundsätzlich steht die stärkere unternehmensweite Vernetzung der einzelnen Prozesse im Fortbildungsbereich im Fokus. Ziel war die Bereitstellung einer digitalen Plattform für alle Belange im Bereich der Fortbildung. Im nächsten Schritt schloss sich die Überführung der Workflows in die digitale Lern-/Fortbildungsplattform der AGAPLESION gAG („AGA Lernwelt“) an. Ab Anfang 2021 soll dieses Angebot allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen.