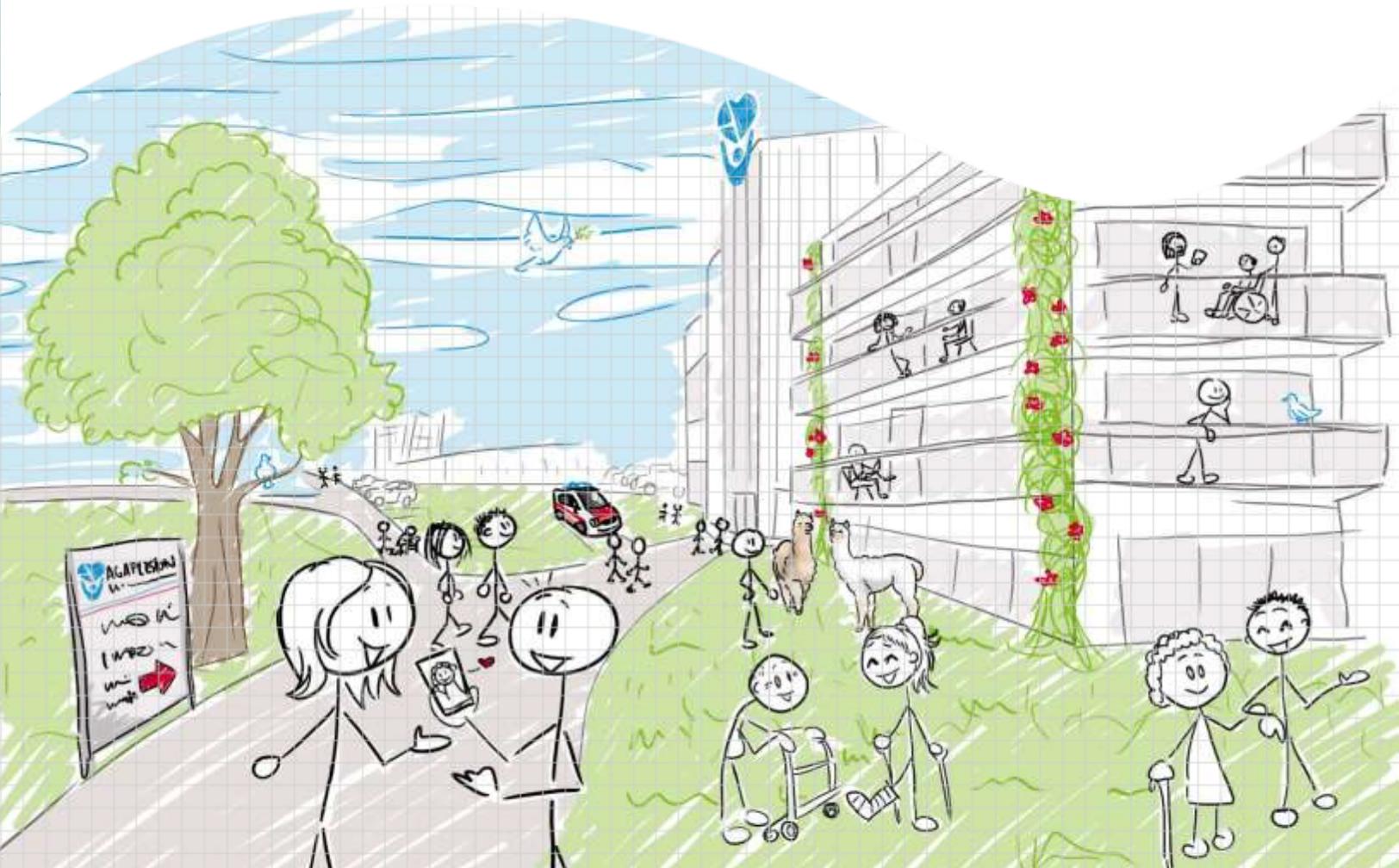


Qualitätsbericht 2020

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	12
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	12
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	12
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen.....	17
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung.....	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	44
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	45
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	46
B-1	Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden	46
C	Qualitätssicherung.....	57
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	57
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	60

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	60
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	60
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	61
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	61
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	62
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	63
D	Qualitätsmanagement	64

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling
Telefon	04261/77-2462
Fax	04261/77-2626
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de



Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger
Telefon	04261/77-2203
Fax	04261/77-2002
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de



Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

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

Link zu weiterführenden Informationen:

<http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

Corona wird häufig als „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.

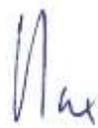
Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmezustand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmezustand, in jeder Lebensphase 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

Vorwort der Klinik

Rotenburg (Wümme), im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

„Qualität lässt nach, wenn man sie nicht verbessert.“ Das AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG als das größte konfessionelle Krankenhaus in Niedersachsen und Maximalversorger weiß sich u.a. diesem Diktum von Georg-Wilhelm Exler verpflichtet. Mit unseren rund 2.500 Mitarbeitenden inkl. Tochtergesellschaften und ca. 225 Auszubildenden arbeiten wir Tag und Nacht für die bestmögliche Versorgung und Behandlung von Patient:innen. Nicht umsonst kommen jährlich ca. 28.000 vollstationäre, 700 teilstationäre und 120.000 ambulante Behandlungsfälle sowie 23.000 ambulante Notfälle in unsere Häuser. Dafür stehen rund 800 Betten in 23 Fachabteilungen zur Verfügung. Rund 1.200 Kinder werden jedes Jahr im Diakonieklinikum geboren.

Der strukturierte Qualitätsbericht des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUMS ROTENBURG soll Ihnen wie in den Vorjahren wieder als Orientierungshilfe dienen und zu mehr Leistungs-Transparenz beitragen. Der Qualitätsbericht zeigt unsere Strukturdaten, unsere QM-Prozesse und unser Leistungsspektrum aus dem Jahr 2021 auf.

Das ist uns wichtig aus mehreren Gründen:

1. Qualität ist keine abstrakte Größe: Qualität definiert sich vielmehr durch operationalisierte Prozesse und Ergebnisse und ist das Resultat einer interdisziplinären Teamleistung. Dafür sind wir dankbar und stolz zugleich.
2. Qualität wirkt nach innen: Unsere Mitarbeitenden eint ein Team-Spirit, der an dem zu behandelnden Menschen ausgerichtet ist. Dabei ist die professionelle Qualität in den unterschiedlichen Bereichen eine integrale Notwendigkeit.
3. Qualität wirkt nach außen: In der Akzeptanz und im Miteinander anderer an der Gesundheitsvorsorge beteiligter Player ist das stärkste Argument die Qualität der verschiedenen Leistungen. Unsere Qualitätsorientierung übersetzt sich daher in erster Linie als höchste Verantwortung für die Patient:innen.

Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagerin, Frau Franziska Boller, unter der Telefonnummer (04261) 77-2104 oder per E-Mail zur Verfügung: f.boller@diako-online.de

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

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



Detlef Brünger
Geschäftsführer
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH
Hausanschrift	Elise-Averdieck-Str. 17 27356 Rotenburg (Wümme)
Zentrales Telefon	04261/77-0
Fax	04261/77-2002
Zentrale E-Mail	info@diako.de
Postanschrift	Postfach 1211 27342 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen	260330452
Standortnummer (alt)	99
URL	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer
Telefon	04261/77-3200
Fax	04261/77-3232
E-Mail	rieket@diako-online.de



Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Stellvertretender Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Feldmann
Telefon	04261/77-2840
Fax	04261/77-2838
E-Mail	m.leskien@diako-online.de



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedirektor	
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham	
Telefon	04261/77-2401	
Fax	04261/77-2629	
E-Mail	brunckhorst@diako-online.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Geschäftsführer	
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger	
Telefon	04261/77-2202	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Ärztlicher Direktor	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer	
Telefon	04261/77-3200	
Fax	04261/77-3232	
E-Mail	rieket@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist	
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens	
Telefon	04261/77-2204	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Theologischer Direktor	
Titel, Vorname, Name	Pastor Matthias Richter	
Telefon	04261/77-2101	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	iris.kahnert@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Theologischer Direktor (seit Februar 2021)
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann
Telefon	4261/77-2101
Fax	4261/77-2667
E-Mail	Lars.Wissmann@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röne
Telefon	4261/77-2101
Fax	4261/77-2667
E-Mail	Ann-Kathrin.Roene@diako-online.de



Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH - Standort Verden
Hausanschrift:	Rosenweg 9 27283 Verden
Telefon:	04231/677-570
Fax:	04261/77-6703
E-Mail:	psychatrie@diako-online.de
Postfach:	1211 27342 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen:	260330452
Standortnummer aus dem Standortregister:	772100
URL:	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Carsten Konrad
Telefon	04261/77-6700
Fax	04261/77-6703
E-Mail	Carsten.Konrad@diako-online.de



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham
Telefon	04261/77-2401
Fax	04261/77-2629
E-Mail	brunckhorst@diako-online.de



Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger
Telefon	04261/77-2202
Fax	04261/77-2002
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer
Telefon	04261/77-3200
Fax	04261/77-3232
E-Mail	rieket@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens
Telefon	04261/77-2204
Fax	04261/77-2002
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Theologischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Pastor Matthias Richter
Telefon	04261/77-2101
Fax	04261/77-2002
E-Mail	iris.kahnert@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Theologischer Direktor (seit Februar 2021)
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann
Telefon	04261/77-2101
Fax	04261/77-2667
E-Mail	Lars.Wissmann@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röne
Telefon	04261/77-2101
Fax	04261/77-2667
E-Mail	Ann-Kathrin.Roene@diako-online.de



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

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

Art Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart Akademisches Lehrkrankenhaus

Universität Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus Ja

Regionale Versorgungsverpflichtung Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	u.a. Mobilisation von Patient:innen (Bettkante, Stuhl, Zimmer) und in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Zusammenarbeit von Pflegekräften, Ärzt:innen und Sozialdienst
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	wird bei Bedarf hausintern angefordert (ebenfalls Praxis für Ergotherapie am Haus)
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege, Case-Management, Bereichspflege, Primary Nursing
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	u.a. Ausstellungen, Vernissagen und verschiedene Projektgruppen über die Ergotherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapien: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie sowie Angebote des Sozialpädiatrischen Zentrums
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflegeexperte für Basale Stimulation, Hygienefachkraft, Notfallbeauftragter, Gerätebeauftragter, Psychiatrische Krankenpflege, Breast Care Nurse, onkologische Fachpflege;
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	innerhalb der Ergotherapie
MP63	Sozialdienst	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Ernährungssonden, Stomapflege, Tracheostoma Beratung, Elternanleitung, Elternabende für werdende Mütter und Väter

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge		Unsere Seelsorgerinnen und Seelsorger sind während des Aufenthaltes gerne für die Patient:innen da – unabhängig von Ihrer Weltanschauung oder Religion. Und Sie stehen unter Schweigepflicht.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		GesundheitsHaus
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		Auf der Komfortstation steht ergänzend eine Minibar und ein reichhaltiges Frühstück und Abendessen sowie tägliche Menüauswahl, Kuchen, Snacks und Obst als Zwischenmahlzeit zur Verfügung.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Funktion	Mitarbeiterin Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Bärbel Klindworth
Telefon	04261/77-2635
E-Mail	Baerbel.Klindworth@diako-online.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF23	Allergienarme Zimmer
BF24	Diätische Angebote
BF25	Dolmetscherdienst
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige
BF38	Kommunikationshilfen
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
FL09	Doktorandenbetreuung

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

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

A-9 **Anzahl der Betten**

Betten	
Betten	0

A-10 **Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	72
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzt:innen) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,73	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,73	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,31	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,39	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,39	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,02	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,72	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,49	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,72	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,04	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 0,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,44	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,44	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0	
-----------	---	--

Ambulant	0,09	
----------	------	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0,09	
--------	------	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

A-12 Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling
Telefon	04261/77-2019
Fax	04261/77-2626
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de



A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Agaplesion Richtlinie Qualitäts- und Risikomanagement Datum: 15.03.2021	<ul style="list-style-type: none"> - AGA Meinungsmanagement Rahmenkonzeption - AGA Qualitätspolitik Richtlinie - AGA Interne Qualitätssicherung Rahmenkonzeption - AGA Externe Rahmenkonzeption - AGA Qualitätsbericht Richtlinie - AGA Management- und Risikobewertung Formular - AGA Dokumentenmanagement Richtlinie - AGA EinsA Qualitätsversprechen Information - AGA Audit Rahmenkonzeption - AGA CIRS Rahmenkonzeption - AGA Patient:innensicherheit Richtlinie
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		QM-gesteuerte abteilungs-spezifische Planung von Fortbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus Fortbildungsangebote für jede Berufsgruppe über die Rotenburger Akademie. Übernahme der Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen in der Weiterbildung durch das Haus.
RM03	Mitarbeiter:innenbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Etablierung von verschiedensten Versorgungspfaden Datum: 05.01.2021	<ul style="list-style-type: none"> - Reanimationsteams 24h verfügbar - Expertenkreis Notfallbeauftragte der Stationen - Notfallrucksack auf allen Stationen - Megacode-Trainings für Notfallbeauftragte - jährliche Reanimationsübungen

RM05	Schmerzmanagement	Name: Akutschmerzdienst; Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 28.03.2018	- Patient:innenbefragung zur Schmerzbehandlung. - Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen ist umgesetzt.
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege Datum: 26.03.2020	- Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege ist umgesetzt. - Strukturierte Erfassung des Sturzrisikos und Auswertung der Ereignisse.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Datum: 23.01.2020	Im Rahmen der Umsetzung des Expertenstandards Wundmanagement wurde die Dekubitusprophylaxe einbezogen und mit umgesetzt. Elektronische Wund- und Verlaufsdokumentation.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensanweisung Fixierungsmanagement Datum: 14.04.2021	Verfahrensanweisungen zum Fixierungsmanagement sind erstellt und umgesetzt.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Störmeldeportal Medizintechnik; Verfahrensanweisung Datum: 15.07.2015	Ein Störmeldeportal für die Meldung von auftretenden Fehlfunktionen von Geräten ist eingerichtet, ein Verfahren zur Meldung festgelegt. Eine Verfahrensanweisung zur Meldung einer Störung am Medizinprodukt an die zuständige Überwachungsbehörde ist ebenfalls erstellt und wird umgesetzt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	In unsere Einrichtung finden regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Standardisierte Aufklärungsbögen werden hausweit eingesetzt und nach Eintragung individueller Angaben nach Aufklärung als Kopie dem:der Patient:in ausgehändigt.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Entlassmanagement Datum: 22.12.2020	Verfahrensanweisungen zum Belegungsmanagement sowie Entlassungsmanagement sind umgesetzt.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patient:innensicherheit	Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Frühwarnsystem zur Schadensvermeidung. Die CIRS-Verantwortlichen analysieren die eingehenden CIRS-Meldungen und leiten meldekreisbezogen die eingegangenen Fälle an die CIRS-Basisteammitglieder weiter. Das CIRS-Basisteam trifft sich viermal im Jahr, bespricht eingegangene CIRS-Meldungen und generiert Verbesserungsmaßnahmen. Die Umsetzung und Wirksamkeit von Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen wird durch die CIRS-Verantwortlichen kontrolliert.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.09.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Reinhard Kiefer
Telefon	04261/77-3200
E-Mail	rieket@diako-online.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Nein

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Keine Intensivstation vorhanden

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Nein

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

MRSA

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

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Nein

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Eingeführt Anfang 2012 und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	
Regelmäßige Einweiser:innenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren
Regelmäßige Patient:innenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren
Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden		
Möglich	Ja	
Link		http://www.diako-online.de/Online-Meinungsbogen
Kommentar		zusätzliche Meinungskarten

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement		
Funktion	Patientenservice und Hausmanagement	
Titel, Vorname, Name	Gabriele Hillert	
Telefon	04261/77-2213	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement		
Funktion	Sekretariat Theologischer Direktor	
Titel, Vorname, Name	Iris Kahnert	
Telefon	04261/77-2213	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de	

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher		
Funktion	Patientenfürsprecher	
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gerd Smolka	
Telefon	0162/2647209-	
E-Mail	patientenfuersprecher@diako-online.de	

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Leiter der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Herr Christian Hader
Telefon	04261/77-6390
Fax	04261/77-6377
E-Mail	C.Hader@diako-online.de



A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	7
Weiteres pharmazeutisches Personal	9

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 Patient:innenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besondere risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen.

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patient:innenversorgung 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:der Patient:in als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patient:inneninformation – 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
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patient:inneninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensanweisungen zur Anordnung, Freigabe, Stellen der Medikamente (4-Augen-Prinzip) und Dokumentation verabreichter Medikamente Letzte Aktualisierung: 21.04.2020
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von Patient:inneninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

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

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? Nein

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung Zentrum für Psychosoziale Medizin- Tagesklinik Verden

Fachabteilungsschlüssel 2900

Art Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion Chefarzt

Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Carsten Konrad

Telefon 04261/77-6700

Fax 04261/77-6703

E-Mail Carsten.Konrad@diako-online.de

Straße/Nr Rosenweg 9

PLZ/Ort 27283 Verden

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



B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	72

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzt:innen) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	

Ambulant	0,73	
----------	------	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,31	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Fachärzt:inbezeichnung (Gebiete, Fachärzt:in- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Trifft nicht zu.

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	

Ambulant	2,39	
----------	------	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Trifft nicht zu.

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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

Anzahl Vollkräfte: 0,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	356	98,3	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Geburtshilfe (16/1)	1082	97,7	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	222	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	102	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	12	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	11	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	197	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	179	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	19	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	87	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	15	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	25	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	8	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Karotis-Revaskularisation (10/2)	84	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	54	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	40	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	15	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Mammachirurgie (18/1)	254	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Neonatalogie (NEO)	231	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	464	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹		100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet

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

Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_END O)	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-Lungen-transplantation (LUTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
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. Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG)	635	99,7	

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

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

Trifft nicht zu.

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

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.

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)	2
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und 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:



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:der Patient:in 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.

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 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 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 Patient:innensicherheit 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:der Patient:in 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 Patient:innensicherheit sind zum Beispiel:

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

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

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.



Silber-Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“



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



Zertifiziertes Brustkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Magenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



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



Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung DGUV



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



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



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



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



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



Zertifizierte Überregionale Stroke Unit (8 Betten) nach Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe



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

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

Zertifizierter Teil des Muskelzentrums Nordwest der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke



Qualitätspartnerschaft PKV

Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem 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.

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.

Befragungen

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzt:innen und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Gefäß- und Darmzentrum

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

Projektorganisation

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

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

Aufbau Kinderschutzgruppe

Als ein zusätzlich wichtiger Baustein für den Kinderschutz in Niedersachsen wurde am AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gGmbH eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Kinderschutzgruppe (KSG) gegründet. Die Kinderschutzgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, gefährdende Lebenssituationen von Kindern und damit Unterstützungsbedarfe von Familien zuverlässig zu erkennen sowie, die für den Schutz der Kinder erforderlichen Hilfen, einzuleiten. Für die Verdachtsabklärung und Einschätzung von Kindeswohlgefährdung (KWG) steht ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team aus den Fachbereichen Pädiatrie, SPZ, Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik sowie dem Sozialdienst zur Verfügung.

Einrichtung eines internen Corona-Testzentrums

Das Konzept „Teststrategie SARS-CoV-2“ dient dem bestmöglichen Schutz der Mitarbeitenden und Patient:innen vor einer Infektion mit COVID-19 sowie vor der Verhängung weitreichender Quarantänemaßnahmen durch die Gesundheitsämter. An zentraler Stelle im Diakonieklinikum wird ein Testzentrum auf SARS-CoV-2 für elektiv aufzunehmende Patient:innen eingerichtet. Noch vor der administrativen Aufnahme erfolgt dort die Testung mittels eines AG-Schnelltests. Besucher:innen und Begleitpersonen von stationären Patient:innen müssen zwingend ein aktuell gültiges negatives Testergebnis auf eine Infektion mit SARS-CoV2 vorlegen. Von 14.00-16:00 Uhr werden Antigen-Schnelltestungen für Besucher:innen im Testzentrum des Klinikums angeboten.

Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein ganzheitlicher und berufsgruppenübergreifender Prozess. Grundsätzlich verfolgt BGM das Ziel, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Prozesse im Berufsalltag zu entwickeln. Der Erhalt und die Förderung der psychischen, physischen und sozialen Gesundheit stehen im Mittelpunkt! Folgende beispielhafte Maßnahmen und Angebote bietet das BGM am Diakonieklinikum an: Standortnahe Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder, Kursprogramm mit vielen verschiedenen gesundheitsförderlichen Angeboten, Interventionen und Beratungen bei Teamkonflikten, die Gesundheitsapp und die bewegten Pausen.