



Ev. Krankenhaus Enger

Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2022

QBx

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Matthias Hill
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor ppa.
Telefon: 05223 / 694 - 115
Telefax: 05223 / 694814 - 115
E-Mail: M.Hill@krankenhaus-enger.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: M.A. Matthias-Christopher Straede
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 05224 / 694 - 147
Telefax: 05224 / 694 - 122
E-Mail: m.straede@krankenhaus-enger.de

Weiterführende Links

Homepage: <http://www.krankenhaus-enger.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-3a	Organisationsstruktur des Krankenhauses	9
A-4	[unbesetzt]	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	17
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	18
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	20
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	20
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	20
A-8.3	Forschungsschwerpunkte	21
A-9	Anzahl der Betten	21
A-10	Gesamtfallzahlen	21
A-11	Personal des Krankenhauses	21
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	21
A-11.2	Pflegepersonal	22
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	25
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	29
A-12.1	Qualitätsmanagement	29

A-12.1.1	Verantwortliche Person	29
A-12.1.2	Lenkungsgremium	30
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	30
A-12.2.1	Verantwortliche Person	30
A-12.2.2	Lenkungsgremium	30
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	30
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	31
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	32
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	32
A-12.3.1	Hygienepersonal	32
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	33
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	33
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	33
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	34
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	37
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	37
A-12.5.2	Verantwortliche Person	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	38
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	38
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	40
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	40
A-13	Besondere apparative Ausstattung	41
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	41
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	41
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	42

A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	42
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	42
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	43
B-1	Geriatric	43
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	44
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-1.4	[unbesetzt]	45
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.6	Diagnosen nach ICD	46
B-1.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-1.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen	46
B-1.7	Prozeduren nach OPS	46
B-1.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-1.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	47
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-1.11	Personelle Ausstattung	47
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	47
B-1.11.2	Pflegepersonal	49
C	Qualitätssicherung	52
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	53
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	53
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	53

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	62
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	62
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	63
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	63
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	63
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	63
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr	64
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	64
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	64
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	64
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	65
D	Qualitätsmanagement	66
D-1	Qualitätspolitik	67
D-2	Qualitätsziele	67



Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

QBX

A

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Ev. Krankenhaus Enger
Institutionskennzeichen: 260570293
Standortnummer: 771443000
Standortnummer (alt): 00
Straße: Hagenstraße 47
PLZ / Ort: 32130 Enger
Postfach: 240
PLZ / Ort: 32122 Enger
Telefon: 05224 / 694 - 0
Telefax: 05224 / 694 - 445
E-Mail: info@krankenhaus-enger.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Ismet Kabasakal
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin
Telefon: 05224 / 694 - 150
Telefax: 05224 / 694 - 445
E-Mail: i.kabasakal@krankenhaus-enger.de

Pflegedienstleitung

Name: Matthias Hill
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor
Telefon: 05224 / 694 - 115
Telefax: 05224 / 694 - 444
E-Mail: m.hill@krankenhaus-enger.de

Verwaltungsleitung

Name: M.A. Matthias-Christopher Straede
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 05224 / 694 - 147
Telefax: 05224 / 694 - 122
E-Mail: m.straede@krankenhaus-enger.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

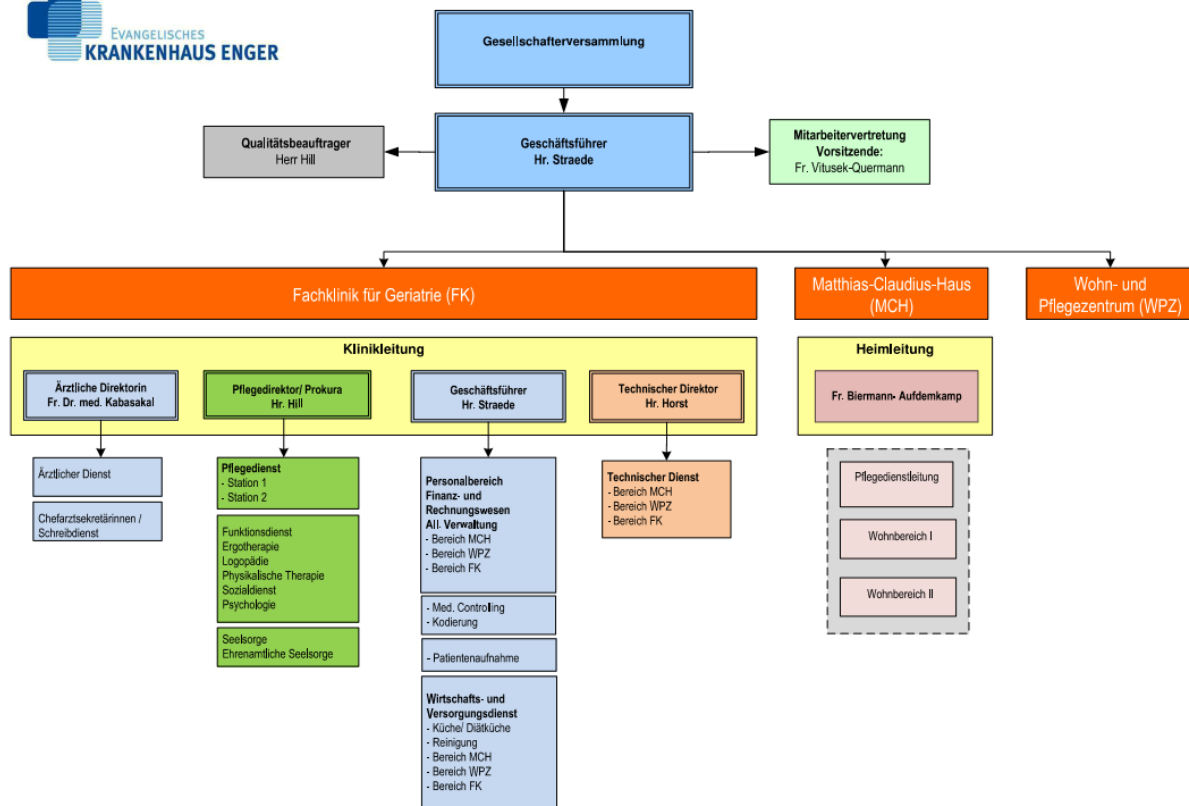
Träger: Ev. Krankenhaus Enger gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH
Art: freigemeinnützig
Internet: www.krankenhaus-enger.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Die Fachklinik für Geriatrie ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Das folgende Organigramm zeigt die aktuelle Struktur des Ev. Krankenhaus Enger gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH



A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Fallbezogene Angebote der häuslichen Pflegeberatung und Anleitung für pflegende Angehörige, z. B. Pflegetechniken, Mobilisation, Lagerung und Ernährung. Teilnahme und Beratung bei therapeutischen Angeboten und Hilfsmittelversorgung durch die Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialdienst.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Indikationsbezogene Leistung der Physiotherapie und Physikalischen Therapie.
MP06	Basale Stimulation	Fester Bestandteil der Pflegekonzeption. Die Mitarbeitenden der Pflege werden regelmäßig im Rahmen von mehrtägigen Inhouse-Seminaren geschult.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Wir bieten folgende Leistungen an: - ambulanter und stationärer Hospizdienst in Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde, - Konzept: Umgang mit Tod und Sterben, - Trauerbegleitung und Aussegnung, - Trauergottesdienst.
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie. Mobilisationstraining Sturzprophylaxe
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Angebot für Patienten mit neurologischen Störungen durch weitergebildete Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Fester Bestandteil der frührehabilitativen Behandlung im Therapeutischen Team.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei besonderen Erkrankungen erfolgt die Beratung durch Diätassistentinnen und Diabetesassistentinnen (DDG = Deutsch Diabetes Gesellschaft) mit besonderer Qualifikation für die Ernährung und Verpflegung von Senioren. Spezielle Ernährungsberatung bei Mangelernährung.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungs- pflege	Expertenstandards sind interdisziplinär und interprofessionell etabliert und evaluiert. Die Entlassungsplanung erfolgt im Rahmen fallbezogener Therapiekonferenzen. Die jeweiligen Aufgaben und Tätigkeiten werden interprofessionell festgelegt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	In der Ergotherapie erfolgt eine ganzheitliche Schulung motorischer, geistiger und sozialer Fähigkeiten im Hinblick auf Selbständigkeit im Alltag, um verlorengegangene Funktionen wieder aufzubauen und vorhandene Fähigkeiten zu erhalten.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege nach dem Kompetenzmodell von Benner im gesamten Pflegebereich.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining	Etabliertes therapeutisches Angebot im Rahmen der logopädischen und ergotherapeutischen Behandlung, insbesondere auch für dementiell veränderte Patienten in Kooperation mit Neuropsychologen und Neurologen.
MP21	Kinästhetik	Fester Bestandteil der Pflegekonzeption. Die Mitarbeitenden der Pflege werden regelmäßig im Rahmen von mehrtägigen Inhouse-Seminaren geschult.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Nach Expertenstandards etabliert und umgesetzt.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP25	Massage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP26	Medizinische Fußpflege	Durch eine Kooperation mit einer Fußpflegepraxis in den Räumlichkeiten des Krankenhauses ist dieses Angebot nach terminlicher Ansprache kurzfristig verfügbar.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Die Physikalische Therapie ist ein wichtiger Teil der Behandlung in unserer Fachklinik für Geriatrie. Das Ziel ist, die Beweglichkeit zu erhalten und verlorene Fähigkeiten möglichst wiederherzustellen.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Physiotherapie ist im Zusammenhang mit der Physikalischen Therapie zu sehen. Beide Einheiten sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung in der Geriatrie. Therapien werden überwiegend als Einzeltherapie durchgeführt.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Bestandteil der ambulanten und stationären Physiotherapie.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Verhaltenstherapeutische Interventionen.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Bestandteil der physiotherapeutischen Maßnahmen.
MP37	Schmerztherapie/-management	Nach Expertenstandards interdisziplinär und interprofessionell etabliert.
MP63	Sozialdienst	Die Sozialarbeiterinnen bieten Beratung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Planung der Alltagsversorgung sowie Hilfsmittel- und Wohnraumberatung nach dem Krankenhausaufenthalt an. Weiterhin erfolgen Beratungen und Antragsstellungen in sozial-/sozialrechtlichen Fragen.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Fallbezogene Angebote der Beratung und Anleitung werden interdisziplinär und auch berufsgruppenbezogen vorgehalten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Babyschwimmen wird im Rahmen der ambulanten Kursangebote regelmäßig vorgehalten.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Indikationsbezogene Ernährungsberatung durch speziell geschulte Diät-Assistenten.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Leistungsangebote für neurologisch erkrankte Patienten sind Bestandteil der interdisziplinären Therapie.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Durchführung einer aktivierenden, früh-rehabilitativen Pflege durch speziell geschulte und fachweitergebildete Mitarbeitende der Pflege.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Das Leistungsspektrum umfasst: - Behandlung erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, wie Aphasien, Dysarthrophonien, Sprechapraxien und Dysphonien, - Behandlung von Kau- und Schluckstörungen und von Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, - Beratung und Anleitung der Angehörigen.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Durch qualifiziertes Fachpersonal und Stomatherapeuten, Eine weiterführende Beratung und Versorgung wird durch externe Stomatherapeuten sichergestellt.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	In Kooperation mit Sanitätshäusern und Orthopädienschuhmachermeister.
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	Ein Angebot in der Physiotherapie.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Angebot der Physiotherapie.
MP51	Wundmanagement	Nach Expertenstandards etabliert, Versorgung von chronischen Wunden durch speziell ausgebildete Wundmanager unter ärztlicher Behandlungsleitung.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Der Träger betreibt eine Einrichtung der stationären Altenhilfe. Weiterhin ein Wohnangebot mit 30 Wohnungen und individuellen Serviceleistungen vor. Im Rahmen der ambulanten Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht eine enge Kooperation mit den Diakoniestationen im Kirchenkreis Herford.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfallselbsthilfegruppe - Stomasebsthilfegruppe - Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzkranken

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.krankenhaus-enger.de/-/khe/informationen/ihr-zimmer.php	Ein-Bett-Zimmer bieten wir als Wahlleistungsangebot und bei medizinisch-pflegerischer Notwendigkeit an.
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.krankenhaus-enger.de/-/khe/informationen/ihr-zimmer.php	Zwei-Bett-Zimmer bieten wir als Wahlleistungsangebot und bei medizinisch-pflegerischer Notwendigkeit an.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM69	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	https://www.krankenhaus-enger.de/-khe/informationen/ihr-zimmer.php	Alle Patientenzimmer sind mit einem Fernseher ausgestattet. Das Angebot ist kostenlos. Ein Patienten W-Lan ist eingerichtet.
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in		Bei Patienten mit bestehendem Bedarf (Palliativ, Dementiell erkrankt) ist ein Rooming in nach Absprache möglich.
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Gästezimmer für Begleitpersonen werden vorgehalten. Die Nutzung dieser Zimmer incl. Speiseangebot wird nach individueller Absprache mit den Begleitpersonen ermöglicht.
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Unsere Patienten werden bei der Aufnahme vom Pflegepersonal in Empfang genommen und auf die Station begleitet.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden im individuellen Bedarfsfall durch den Sozialdienst zeitnah vermittelt.
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung		Regelmäßige Besuche und Gesprächsangebote durch unsere ehrenamtliche Krankenhausseelsorge. Auf Wunsch wird der Gemeindepfarrer informiert.
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Matthias Hill
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor
 Telefon: 05224 / 694 - 115
 Telefax: 05224 / 694 - 444
 E-Mail: m.hill@krankenhaus-enger.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF01	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Das Leitsystem wurde hinsichtlich der Sichtbarkeit verbessert. Die Beschriftungen sind jetzt großflächig auf der Wand aufgebracht.
BF05	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Sehbehinderte oder blinde Menschen werden immer durch geschulte Mitarbeitende persönlich begleitet.
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Die Zimmer sind überwiegend mit rollstuhlgerechten Bädern ausgestattet.
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Es besteht im gesamten Klinikbereich ein barrierefreier Zugang zu allen Räumlichkeiten.
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Der zentrale Personenaufzug ist rollstuhlgerecht ausgestattet.
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Rollstuhlgerechte Toiletten befinden sich im Eingangs- und Funktionsbereich der Klinik.
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	Persönliche Begleitung durch geschulte Mitarbeitende wird jederzeit gewährleistet.
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	Die Stationen und Funktionsbereiche sind zur besseren Orientierung farblich gestaltet. Bei Bedarf stehen Orientierungshilfen z.B. Piktogramme zur Verfügung.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF16	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Patienten werden insbesondere zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen immer durch geschulte Mitarbeitende persönlich begleitet. Das gilt auch für alle anderen Wegstrecken, bspw. zu Aufenthaltsräumen, Gottesdiensten, etc.
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Es gibt Schwerlastmatratzen, elektrisch verstellbare Betten und Rollstühle mit Übergröße. Alle Betten sind elektrisch verstellbar und sind bis 180 kg zugelassen. Weitere notwendige Hilfsmittel werden indikationsbezogen zur Verfügung gestellt.
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Notwendige Hilfsmittel (überbreite Roll- und Nachtstühle) sind vorhanden.
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Notwendige Hilfsmittel werden indikationsbezogen zur Verfügung gestellt. Patientenlifter mit Körperwaage werden bis 200 kg vorgehalten.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Werden individuell für den Patienten zeitnah bestellt und geliefert.
BF23	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Allergenarme Zimmer	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	Es erfolgt eine Ernährungsberatung. Das Essen kann individuell zusammengestellt werden.
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	In der Regel haben wir im Haus Mitarbeitende, die die gängigen Sprachen sprechen: Russisch, Polnisch, Türkisch, Englisch und Französisch.
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Die Fachklinik für Geriatrie betreibt keine Forschung und keine akademische Lehre.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Fachklinik für Geriatrie verfügt nicht über eine eigene Ausbildungsstätte.

Das Krankenhaus arbeitet eng mit der Ausbildungsstätte für Schulen für Pflegeberufe Herford-Lippe zusammen.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://www.Krankenpflegeschule@lukas-krankenhaus.de>

<http://www.pflegesschulen-hl.de>

Des Weiteren arbeiten wir in Kooperationen mit Schulen zur Ausbildung von Physiotherapeuten und Logopäden zusammen.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

Die Klinik betreibt keine Forschung.

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 73

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 1.086

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 0

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42 Stunden

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	8,03	Die Cheförztin verfügt über folgende Weiterbildungsermächtigung: 18 Monate Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, 6 Facharztkompetenz Innere Medizin und 12 Monate Facharztkompetenz Innere Medizin Basisweiterbildung.
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03	
– davon stationäre Versorgung	8,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Fachärztinnen und Fachärzte	3,77	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,77	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0	Keine Belegärzte

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs-dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken-pfleger	29,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,64	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	29,64	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	11,79	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,14	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,09	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,09	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Fort- und Weiterbildung

Die vielfältigen Veränderungen in unserer Organisation können nur gelingen, wenn wir sie im Bildungsbereich durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen flankieren. Deshalb gibt es im Ev. Krankenhaus Enger gGmbH ein umfangreiches zentrales Angebot an Fort- und Weiterbildungen. Ergänzt wird dieses Angebot durch ein Angebot des "Training on the Job" durch eine freigestellte Mitarbeiterin.

Im Pflegedienst ist neben der Tätigkeit eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unabdingbar.

Besondere Themenschwerpunkte sind u.a.:

- Zertifizierter und registrierter Geriatrie- Basiskurs ZERCUR.

- Theorie und praktische Anwendung der Aktivierend Therapeutischen Pflege
- Pflegerische Versorgung und Betreuung sowie Mobilisation von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems nach Bobath
- Bewegen und Lagern der Patienten auf der Grundlage der Kinästhetik
- Anwendung der Basalen Stimulation bei der Pflege von Patienten mit Wahrnehmungsstörungen
- Konzepte (z.B. Validation) im Umgang mit dementiell veränderten, altersverwirrten Patienten
- Pflegerische Versorgung auf der Grundlage der jeweils aktuellen Expertenstandards
- Weiterbildung zur Fachpflegekraft in der Geriatrie

Weitere Fortbildungsangebote werden bedarfsorientiert, teilweise auch als Pflichtfortbildung, im Jahresprogramm der Innerbetrieblichen Fortbildung angeboten.

Unter Punkt B 11.2 Personal Pflege finden Sie die klinikspezifischen anerkannten Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen aufgelistet.

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die Fachklinik für Geriatrie verfügt über ein breitgefächertes interdisziplinäres Angebot spezieller, auf den geriatrischen Patienten abgestimmtes Therapieangebot. Bereits im pflegerischen Bereich sind Mitarbeitende in den Bereichen:

Wundmanagement, Bobath, Basale Stimulation, Kinästhetik, Palliativ Care, Validation, Stomaversorgung, sowie Schmerztherapie ausgebildet. Der überwiegende Teil der pflegerischen Mitarbeiter verfügt über mehr als 180 Stunden geriatrischer Fort- und Weiterbildung, bzw. die Weiterbildung zur Geriatrischen Fachpflegekraft mit 520 Stunden wurde von vier Mitarbeitenden in der Pflege und einem Mitarbeitenden in der Physiotherapie abgeschlossen.

Es ist ein interdisziplinäres Ernährungsteam- und ein klinikspezifisches Ernährungskonzept vorhanden.

Die Fachklinik ist vom Bundesverband Geriatrie als registrierter Anbieter für den geriatrischen Weiterbildungs -Basislehrgang „Zercur“ anerkannt und führt der Basislehrgang im Rahmen von Inhouse-Seminaren durch.

Es bestehen Kooperationen mit Fachpraxen für Logopädie und Ergotherapie, die unmittelbar der Klinik angeschlossen sind. Weiterhin betreibt die Fachklinik eine physiotherapeutische Institutsambulanz. Im Bereich Logopädie und Ergotherapie werden bei Bedarf - z.B. Krankheit - Stunden von den am Haus tätigen Praxen eingekauft.

Weiterhin bestehen konsiliarische indikationsbezogene Kooperationen mit den Fachgebieten:

Neurologie und Psychiatrie, Urologie, Zahnmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie- und Unfallchirurgie, Gynäkologie, Radiologie (CT / MRT), Labormedizin, vornehmlich in enger Zusammenarbeit mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde, sowie einem Sanitätshaus zur Hilfsmittelversorgung und Betreuung und Nachbetreuung von Amputationspatienten.

Die Fachklinik ist Initiator und Koordinator im Geriatrischen Versorgungsverbund im Kreis Herford.

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl¹	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	1,71	3 Diätassistentinnen mit spezieller Weiterbildung für die Ernährung älterer Menschen mit Mangelernährung.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1,71	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	4,69	Therapeutische Schwerpunkte: Diagnostik für Demenz, Feldenkrais-Methode, Parkinsonbehandlung, manuelle Lymphdrainage der oberen Extremitäten, Gedächtnistraining, Hemiparese Arm- und Handfunktion
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,69	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	4,69	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	0,78	Therapeutische Schwerpunkte: Facio-Orale-Trakt-Therapie, Diagnostik bei Aphasie und Dysphasien, funktionale Stimmtherapie, fiberendo-skopische Dysphagiediagnostik, (FEES), Castillo Morales- Konzept, Diagnostik kognitiver Störungen und Demenzenz Esstraining.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,78	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl¹	Kommentar / Erläuterung
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	2,29	Tätigkeitsschwerpunkte: Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung von endoskopischen- und sonographischen Untersuchungen, EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessungen, konventionelles Röntgen
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2,29	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	9,48	Therapeutische Schwerpunkte: Bobath für Physiotherapeuten, manuelle Lymphdrainage, Votja-Konzept, manuelle Therapie nach Maitland, Sturzprävention, Mobilitätstraining, Feldenkrais-Methode, Entwicklungskinesiologie, Parkinson-Behandlung und Reflexzonenbehandlung
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,48	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	6,48	
	– davon ambulante Versorgungsformen	3	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	0,84	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
	– davon stationäre Versorgung	0,84	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2	Therapeutische Schwerpunkte: Personenzentrierte Beratung nach Rogers, Rehabilitation im Alter, gerontopsychiatrische Familienberatung im Alter, familienorientierte Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen, gelingender Alltag mit dementiell erkrankten Menschen in der familiären Pflege
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	21,72	Berufsgruppen: Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie. Bobath-Basiskurse sowie Bobath für Fortgeschrittene. Die Kurse werden als 14-tägige Inhouse-Grundkurse, Einzelkurse für Fortgeschrittene und als fallbezogene, interdisziplinäre Kurse angeboten.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,72	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	19,64	
	– davon ambulante Versorgungsformen	2,08	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	0,92	Im Bereich der Physiotherapie.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,92	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,92	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	0,86	Aus dem Bereich Pflege.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,86	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	2,68	Im pflegerischen Bereich sind zertifizierte Wundmanager eingesetzt.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,68	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2,68	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	16,18	Aus den Bereichen: Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,18	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	16,18	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	23,1	Aus den Bereichen Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,1	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	23,1	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Qualitätsmanager im Sozial- und Gesundheitswesen Matthias Hill

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsbeauftragter; Pflegedirektor ppa

Telefon: 05224 / 694 - 115

E-Mail: m.hill@krankenhaus-enger.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / - Ärztlicher Dienst
 Funktionsbereiche: - Pflegedienst
 - Verwaltung
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Qualitätsmanager im Sozial- und Gesundheitswesen Matthias Hill
 Funktion / Arbeits- Qualitätsbeauftragter; Pflegedirektor ppa
 schwerpunkt:
 Telefon: 05224 / 694 - 115
 E-Mail: m.hill@krankenhaus-enger.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / - Ärztlicher Dienst
 Funktionsbereiche: - Pflegedienst
 - Verwaltung
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risiko- management-Dokumentation (QM/RM- Dokumentation) liegt vor	Name: Qualitätsrelevante Dokumentation Letzte Aktualisierung: 01.02.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungs- maßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 01.02.2022
RM06	Sturzprophylaxe	Name: 32-Sturzprävention/Sturz Letzte Aktualisierung: 01.02.2022

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: 01-Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 04.04.2022
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Therapiekonferenz
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Patientenidentifikationsarmbänder Letzte Aktualisierung: 01.02.2022
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Expertenstandard: Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 11.10.2020

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 02.03.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

In unserer Einrichtung gibt es viele Maßnahmen, die der Verbesserung der Patientensicherheit dienen:

- a) Behandlungspfade,
- b) Sturzprophylaxe,
- c) Umgang mit MRSA-Patienten,
- d) Arzneimitteltherapiesicherheit,
- e) Tragen von Patientenarmbändern und v.m.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF00	Ein hauseigenes CIRS-System Workflow gestützt

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
 Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Die Funktion des Krankenhaushygienikers wird durch einen externen Hygieniker wahrgenommen.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	entf. ²	Die Funktion wird durch die leitende Oberärztin wahrgenommen.
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Fachkrankenpfleger*innen für Hygiene und Infektionsprävention.
Hygienebeauftragte in der Pflege	2	

¹ Angabe in Personen

² Angabe entfällt, im Bundesland gibt es keine Vorgaben zur Anzahl

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Ismet Kabasakal
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefärztin
 Telefon: 05224 / 694 - 150
 Telefax: 05224 / 694 - 445
 E-Mail: info@krankenhaus-enger.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor: ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: trifft nicht zu

In der Fachklinik werden keine Operationen durchgeführt, daher ist der Punkt perioperative Antibiotikaprophylaxe nicht relevant.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 23 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

Die Fachklinik für Geriatrie hat keine Intensivstation.

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	Seit 2015 nehmen wir an diesem Modul teil.
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk OWL	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Wir haben die Aufbereitung und Sterilisation ausgelagert.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Es finden jährlich mehrere Schulungen zu allgemeinhygienischen und hygienespezifischen Themen statt. Damit stellen wir sicher, dass jeder Mitarbeitende umfangreich geschult ist.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Geregelt im Qualitätsmanagementsystem der Fachklinik. Gelbe Karten und persönliche Ansprechpartner im Haus.

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Geregelt im Qualitätsmanagementsystem der Fachklinik. Jeder Patient wird bei der Aufnahme über das Beschwerdemanagement und die hausinternen Ansprechpartner informiert.
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Bestandteil des Managementsystems.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Es gibt eindeutige Vorgaben für die Protokollierung und Bearbeitung von schriftlichen Beschwerden im Qualitätsmanagement-Handbuch
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Zeitziele sind im Managementsystem hinterlegt.
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<p>Dipl.-Pfleger Michael Schoenfeld Betriebsleiter Telefon: 05224 / 694 - 116 Telefax: 05224 / 694 - 230 E-Mail: m.schoenfeld@krankenhaus-enger.de</p> <p>Verantwortliche Personen in der Fachklinik sind schriftlich benannt. Patienten werden bei Aufnahme darüber informiert. Außerdem ist geregelt, dass jeder Mitarbeitende Beschwerden nach den Vorgaben annehmen kann.</p>
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<p>Dipl.-Ing. Gerd Rosenkötter Patientenfürsprecher Telefon: 05223 / 72824 Telefax: 05224 / 694 - 444 E-Mail: g.rosenkoetter@teleos-web.de</p> <p>Personen sind schriftlich benannt. Die Kontaktdaten des Patientenfürsprechers sind auf den Informationstafeln der Stationen ausgehängt.</p>

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Gelbe Karten und ein Briefkasten für diese Karten befinden sich gut sichtbar im Eingangsbereich der Fachklinik. Beschwerden können auch anonym auf den Gelben Karten hinterlegt werden.
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	Retrospektiv werden 20 Patienten zufällig ausgewählt und telefonisch zu ihrer Patientenzufriedenheit befragt.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	Befragungen werden im Rahmen der Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität jahresbezogen geplant. Einweiserbefragungen werden telefonisch durchgeführt. Weiterhin erfolgt eine Einschätzung der Zufriedenheit über das Aufnahme- und Entlassungsmanagement.

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

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Dr. med. Ismet Kabasakal
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin
 Telefon: 05224 / 694 - 150
 Telefax: 05224 / 694 - 445
 E-Mail: info@krankenhaus-enger.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	1

¹ Angabe in Personen

Das Krankenhaus wird von einer externen Apotheke versorgt. Eine Apothekerin, bei Bedarf auch weiteres Personal, steht dem Krankenhaus als direkte Ansprechpartnerin zur Verfügung und nimmt auch an den Sitzungen teil.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus wird durch den aufnehmenden Arzt die aktuelle Medikation gesichtet und in die Krankenhaus-EDV eingetragen. Dabei findet schon eine kritische Überprüfung der Indikation und Dosis durch den aufnehmenden Arzt statt. Insbesondere bei den Angiotensin-II-Hemmern wird auf die Krankenhausliste umgestellt.

In der Nachmittagsbesprechung werden alle aufgenommenen Patienten besprochen. Hierbei wird am Fernsehmonitor die Vormedikation und die aktuelle Medikation von allen anwesenden Ärzten inklusive Chef- und Oberärzten angesehen und gegebenenfalls diskutiert. Entsprechende Anordnungen werden anschließend in dem Verordnungsblatt des Patienten vollzogen. Die entsprechende Dosis wird insbesondere der Nierenfunktion, dem Alter und/oder dem Gewicht angepasst.

Selbstverständlich findet während der täglichen (Supervisions-) Visite eine Überprüfung der Medikation statt.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Die angeordnete Medikation ist jederzeit für jeden ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter in der Krankenhaussoftware einsehbar und kann so zum Beispiel bei neu eintreffenden Laborwerten oder Ereignissen überprüft werden.

Bei Fragen bezüglich Dosierung, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionen wird Software genutzt, unter anderem die Website „dosing“ der Universität Heidelberg oder das „arznei-telegramm“.

Es existiert eine Krankenhaus-Arzneimittelliste. Anhand dieser wird durch entsprechende Software die Medikamentenbestellung mittels Scanner und Software vereinfacht. Sondermedikamente werden extra in die Software „Webmuse“ eingegeben. Vor der Lieferung durch die Krankenhaus-Apotheke wird diese Medikamentenliste durch Oberarzt/Chefarzt geprüft und freigegeben.

- Entlassung

Bei der Erstellung des Entlassungsbriefes wird die in der Computersoftware vorhandene Medikation automatisch 1:1 in den Brief übernommen. Der entlassende Arzt überprüft diese Medikation im Prozess der Arztbrieferstellung noch einmal und nimmt entsprechende Änderungen vor. Diese Arztbriefe werden den Patienten für den Hausarzt, aber auch zur eigenen Einsicht standardmäßig mitgegeben.

Zur Sicherstellung der kontinuierlichen Versorgung werden in der Regel für einen Tag, am Wochenende bis zum Montagmorgen Medikamente mitgegeben, soweit dies möglich ist.

Bei neu eingeleiteter Medikation, zum Beispiel orale Antikoagulation, Amiodaron-Therapie oder ähnliches, werden die Patienten mittels strukturierter Aufklärungsbögen informiert.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittelanamnese	Name: Gerismart - Software Letzte Aktualisierung: 03.05.2020
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

ja

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

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

Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	——— ²	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input type="checkbox"/>	Patienten werden im Rahmen der stationären Behandlung und einer notwendigen Dialyse zu der Institution gefahren, die auch vorher die Dialyse durchgeführt hat.

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Die Klinik ist eine Fachklinik für Geriatrie. Die Notfallambulanz befindet sich im Lukas-Krankenhaus in Bünde.

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist 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 Geriatrie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name:	Geriatrie
Schlüssel:	Geriatrie (0200)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	05224 / 694 - 0
Telefax:	05224 / 694 - 444
E-Mail:	info@krankenhaus-enger.de

Chefärztinnen und Chefarzte

Name:	Dr. med Ismet Kabasakal
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefärztin (seit dem 1. Juli 2022)
Telefon:	05224 / 694 - 150
Telefax:	05224 / 694 - 445
E-Mail:	info@krankenhaus-enger.de
Straße:	Hagenstraße 47
PLZ / Ort:	32130 Enger

»Wir wollen nicht dem Leben Jahre hinzufügen.

Unser Ziel ist, den Jahren Leben zu geben.«

Seit 1993 ist das Evangelische Krankenhaus Enger eine Fachklinik für Akutgeriatrie. Mit 73 stationären Betten, verteilt auf zwei Stationen, versorgen wir alte Menschen unserer Region.

Die Geriatrie ist seit vielen Jahren eine anerkannte Fachdisziplin, die einen wertvollen und zunehmend bedeutenden Beitrag für unsere Gesellschaft und selbstverständlich für die individuelle Gesundheit und Lebensqualität unserer alten und hochaltrigen Patienten leistet.

Trotzdem machen wir die Erfahrung, dass unsere Patientinnen und Patienten, deren Angehörige oder Bezugspersonen zu Beginn einer Behandlung keine Vorstellungen haben, was der Begriff Geriatrie bedeutet und was eine geriatrische Fachklinik für sie leisten kann.

Geriatric (Altersmedizin oder auch Altersheilkunde) ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung alter Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten befasst, mit Rehabilitation, aber auch deren spezieller Situation am Lebensende. Diese Patienten weisen Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und einen hohen Grad an Gebrechlichkeit (Frailty) auf und erfordern einen ganzheitlichen Ansatz. Im Alter können sich Krankheiten mit einem veränderten Erscheinungsbild präsentieren und sind daher häufig schwer zu diagnostizieren. Therapieerfolge treten verzögert ein. In der Regel besteht zusätzlich ein Bedarf an Pflege und sozialer Unterstützung. Geriatric umfasst daher nicht nur organorientierte Medizin, sondern bietet zusätzlich Behandlung im interdisziplinären Team, welche den Zustand und die Lebensqualität des älteren Patienten verbessert und seine Selbständigkeit im Alltag fördert.

Wir wollen akut oder chronisch erkrankten alten Menschen einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit und Unabhängigkeit wiederherstellen oder erhalten. Deshalb gibt es bei uns nicht nur moderne Diagnostik und Therapie, sondern vor allem hervorragend qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte und ein interdisziplinäres Team, zu dem Physio-, Sprach- und Ergotherapeuten*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychologen*innen Ernährungsberater*innen und Seelsorger gehören.

Die Mitglieder dieser Berufsgruppen arbeiten nicht nebeneinander her, sondern als therapeutisches Team zusammen. In der Therapiekonferenz werden wöchentlich die Krankheitsverläufe und Genesungsfortschritte jedes einzelnen Patienten ausführlich diskutiert, ehe die individuell angepassten Therapieziele und Therapiepläne erstellt werden. Alle notwendigen Maßnahmen werden mit den Patienten abgestimmt.

Der Erfolg unserer medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Behandlung hängt maßgeblich davon ab, die Ziele und Wünsche unserer Patienten zu kennen und gemeinsam mit dem Patienten daran zu arbeiten, diese Ziele zum Wohle und für eine gute Lebensqualität des Patienten zu erreichen. Seit mehr als 25 Jahren arbeitet unsere Fachklinik für Geriatric mit den umliegenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Alteneinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und verschiedenen Selbsthilfegruppen erfolgreich zusammen. Bereits im Jahr 2014 haben wir diese Zusammenarbeit schrittweise in Form von vertraglichen Vereinbarungen nochmals intensiviert und verbessert. Ziel unserer Bemühungen ist die feste Etablierung eines geriatricen Versorgungsverbundes, der gewährleisten soll, dass jeder Patient zum frühestmöglichen Zeitpunkt einer geriatricen Behandlung zugeführt wird und dass die in dieser Zeit erreichten Erfolge nach der stationären Behandlung, auch im ambulanten Bereich gefestigt bleiben bzw. weiter verbessert werden.

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI35	Endoskopie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.086

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 73

Ab dem Jahr 2021 stehen 73 Betten zur Verfügung.

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	238
2	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	107
3	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	98
4	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	65
5	I50	Herzschwäche	63
6	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	44
7	R29	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen	27
8	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	25
9	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	22
10	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	21

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Da die Klinik eine Fachklinik für Geriatrie ist, sind sämtliche Hauptdiagnosen Kompetenzdiagnosen.

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	958
2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	72
3	1-770	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen	66
4	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	48

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	27
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	26
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	17
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	8
9 – 1	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	6
9 – 2	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	6

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Da die Klinik eine Fachklinik für Geriatrie ist, sind sämtliche Prozeduren Kompetenzprozeduren.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie besteht die Möglichkeit, alle gängigen Therapien ambulant in Anspruch zu nehmen. Zum Teil erfolgt dies in Kooperation mit niedergelassenen Praxen.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Fachklinik für Geriatrie erfolgen keine ambulanten Operationen.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

Es gibt keine ambulante D-Arzt-Zulassung und/oder stationäre BG-Zulassung.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

42 Stunden

	Anzahl¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	8,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03
– davon stationäre Versorgung	8,03
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,77
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,77
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,77
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	Der Chefarzt besitzt die Weiterbildungs-befugnisse 12 Monate Basisweiterbildung und 6 Monate Facharztkompetenz.
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ42	Neurologie	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF09	Geriatric	Die Chefarztin besitzt die Weiterbildungs-befugnis 18 Monate Zusatzweiterbildung Geriatric.
ZF15	Intensivmedizin	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	29,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,64	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	29,64	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	11,79	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,14	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,09	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,09	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	2,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	Mehrtägiges Inhouseseminar mit Zertifikat
ZP02	Bobath	Zweiwöchiges Inhouseseminar in Theorie und Praxis mit Zertifikat
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Interne und externe Schulungen
ZP05	Entlassungsmanagement	Schulung und Umsetzung auf der Grundlage des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement	Interne und externe Schulungen mit Zertifikat

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP07	Geriatric	Der überwiegende Teil der pflegerischen Mitarbeiter verfügt über den Zercur Basiskurs und 180 Stunden geriatricspezifische Fortbildung. Vier Mitarbeitende verfügen über die Fachweiterbildung Geriatric mit 530 Stunden.
ZP08	Kinästhetik	Mehrtägiges Inhouseseminar mit Zertifikat
ZP09	Kontinenzmanagement	Interne Schulung auf der Grundlage des Expertenstandards
ZP13	Qualitätsmanagement	Qualitätsmanager/-in im Gesundheits- und Sozialwesen, EFQM-Assessor
ZP14	Schmerzmanagement	Schulung und Durchführung auf der Grundlage des Expertenstandards zum Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement	Interne Schulung und Kooperation mit externen Stomatherapeuten
ZP16	Wundmanagement	Zertifizierte Ausbildung zum Wundmanager
ZP18	Dekubitusmanagement	Schulung und Umsetzung des Dekubitusmanagements auf der Grundlage des Expertenstandards
ZP19	Sturzmanagement	Schulung und Durchführung auf der Grundlage des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe in der Pflege
ZP20	Palliative Care	Fachweiterbildung Palliativ Care



Qualitätssicherung



QBX

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	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Dekubitusprophylaxe	74	100,00%	75
Ambulant erworbene Pneumonie	< 4		< 4

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	18,28 % 18,14 - 18,43	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	16,84 % 16,67 - 17,01	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 60)	0,66 0,65 - 0,67	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	92,65 % 92,52 - 92,78	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 60)	93,08 % 92,95 - 93,21	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	98,18 % 97,91 - 98,41	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	97,92 % 97,54 - 98,24	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 61)	99,02 % 98,98 - 99,06	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	H99 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich³	Ergebnis⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung⁵ Beob. / Ges. (Erw.)⁶
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	99,05 % 99,02 - 99,09	-	entf. entf.	- entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	98,93 % 98,88 - 98,98	-	entf. entf.	- entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	98,89 % 98,84 - 98,94	-	entf. entf.	- entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 61)	96,71 % 96,64 - 96,77	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	H99 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten</p>				
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	96,57 % 96,49 - 96,66	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 61)	95,93 % 95,84 - 96,02	≥ 95,00 %	entf. O entf.	H99 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungs-gremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten</p>				
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	95,4 % 95,28 - 95,51	-	entf. entf.	- entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 61)	92,79 % 92,65 - 92,93	≥ 90,00 %	entf. O entf.	R10 O entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</p>				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	93,14 % 92,97 - 93,31	-	entf. entf.	- entf.
<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	98,69 % 98,64 - 98,75	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴	Bewertung ⁵
Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Vertrauens- bereich		Vertrauens- bereich	Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 59)	98,66 % 98,59 - 98,72	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 60)	0,82 0,81 - 0,83	-	0 0 - 8,24	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 62)	0,97 0,96 - 0,99	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,24	R10 ○ entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 61)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 0,35	R10 ○ 0 /1.086 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	0,01 % 0,01 - 0,01	-	0 % 0 - 0,35	- 0 /1.086 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 62)	1,18 1,17 - 1,19	≤ 2,68 (95. Perzentil)	0,7 ○ 0,32 - 1,53	R10 ○ 6 /1.086 (8,54)
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	0,36 % 0,36 - 0,37	-	0,55 % 0,25 - 1,2	- 6 /1.086 (entf.)
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</p>				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 59)	0,07 % 0,06 - 0,07	-	0 % 0 - 0,35	- 0 /1.086 (entf.)

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

☝ = verbessert; ➡ = unverändert; ☹ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich;

H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert).

☝ = verbessert; ➡ = unverändert; ☹ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 1	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Hinweis 2	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 3** Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>
- Hinweis 4** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 5 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 6 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

In Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit keine externe Qualitätssicherung nach Landesrecht.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Im Jahr 2022 hat die Fachklinik an keinen weiteren externen Qualitätssicherungen teilgenommen.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fachklinik erbringt keine Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

		Anzahl ¹
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	5
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	5
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Geriatric	Geri 1	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0
Geriatric	Geri 2	Tag	100 %	0
		Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Geriatric	Geri 1	Tag	99,18 %
		Nacht	90,68 %
Geriatric	Geri 2	Tag	100 %
		Nacht	85,21 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
 - Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.
- Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.



Qualitätsmanagement

D

QBx

D-1 Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik der Fachklinik für Geriatrie konkretisiert die spezifischen Aufgaben in unserer Klinik. Sie soll für unsere Patienten, Mitarbeiter, Kooperationspartner und den Träger der Einrichtung erlebbar und erkennbar sein. Daher ist es uns wichtig, durch den Aufbau eines Qualitätsmanagement – Systems auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2015 unsere Leistungsqualität festzulegen und durch geeignete Qualitätsnachweise zu belegen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Durch den Aufbau eines Qualitätsmanagement - Systems verwirklichen wir die gesetzlichen Forderungen des § 135a SGB V der festlegt, dass neben Vertragsärzten auch die zugelassenen Krankenhäuser einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und zu entwickeln haben.

D-2 Qualitätsziele

Menschenwürde, Diakonische Identität, Exzellenzorientierung, Führungskultur, Wirtschaftlichkeit, Prozessoptimierung und regionalen Bedeutung

bilden die Basis für unsere alltägliche Arbeit. Sie sind für uns selbstverpflichtende Vorgaben und beziehen alle Dienstleistungen im direkten und indirekten Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterkontakt ein. Unsere Werte leiten uns zielführend im klinischen Alltag und bestimmen unsere Zielsetzungen im Qualitätsmanagement.

Klare Führungsstrukturen, ein hohes Maß an geriatrischem Fachwissen, Verantwortungsbewusstsein und menschliche Kompetenz im interdisziplinären Behandlungsteam sowie sorgfältig koordinierte Abläufe schaffen ein gutes und vertrauensvolles Klima für unsere Patienten, deren Angehörige, für alle Mitarbeiter und Kooperationspartner.

Ein gutes Betriebsklima ist für uns eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und ein erfolgreiches Behandlungsgeschehen in unserer Fachklinik für Geriatrie.

Unter Berücksichtigung der geplanten wirtschaftlichen Mittel, wird die beste erreichbare Behandlungsqualität für die Patienten angestrebt. Dies betrifft in erster Linie den einzelnen Patienten.

Daher verfolgen wir seit Gründung der Fachklinik das Ziel, unsere Mitarbeiter, auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung, optimal auf ihre Aufgaben und Tätigkeiten vorzubereiten.

- Wir sehen unseren Patienten in seiner altersspezifischen Lebenssituation und respektieren seine individuellen Möglichkeiten und Grenzen.

Wir helfen ihm, realistische Ziele und neue Lebensperspektiven zu finden, um seine Alltagskompetenz und Lebensbewältigung positiv zu fördern.

Gemeinsam mit dem Patienten, seinen Angehörigen oder Bezugspersonen tragen wir dafür Sorge, diese Ziele bestmöglich zu erreichen.

Wir respektieren und stärken das Selbstbestimmungsrecht der Patienten, durch umfassende Informationen und Beratung, bei der Planung und Durchführung aller notwendigen Interventionen.

Wir achten dabei auf eine lebenswürdige und respektvolle Behandlung, damit sich unsere Patienten bei uns gut betreut fühlen.

- Unsere medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Entscheidungen und Maßnahmen basieren auf dem aktuellen Kenntnisstand der jeweiligen Bezugswissenschaften, unter Einbeziehung der Vereinbarungen und Empfehlungen unserer Fachgesellschaften.

Wir fördern und erhalten die fachlichen-, sozialen- und personellen Kompetenzen unser Mitarbeiter, gewährleisten attraktive, zukunftssichere Arbeitsplätze und sicher unsere hohe Quote an fachlich gut qualifiziertem Personal.

Wir achten auf eine hochwertige Strukturqualität, beherrschen unsere Prozesse, kennen deren Risiken und vermeiden Fehler.

Durch kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen steigern wir unsere Ergebnisqualität in allen Bereichen.

- Unser Versorgungsauftrag für den Kreis Herford und unser Patienten-Einzugsgebiet bestätigen unsere regionale und überregionale Bedeutung als Fachklinik für Altersheilkunde. Dabei haben wir nicht nur unseren fachlichen sondern auch unseren diakonischen Auftrag im Blick und füllen ihn mit Leben.

Regional und Überregional pflegen wir gute Kontakte, insbesondere zu unseren Einweisern, und sind ein zuverlässiger und vertrauensvoller Partner. Als einer der größten Arbeitsgeber der Stadt Enger tragen wir dazu bei, die Versorgungs- und Strukturqualität der Stadt nachhaltig zu stärken. Wir stellen uns der Herausforderung nicht nur wirtschaftlich, sondern auch rentabel zu arbeiten um unseren Mitarbeitern und allen interessierten Parteien eine sichere Zukunft zu gewährleisten.



erstellt mit QBX 2022