

2018

Strukturierter Qualitätsbericht

Gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Johanniter Klinik für Geriatrie Geesthacht



**DIE
JOHANNITER** 
Aus Liebe zum Leben

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	6
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	6
A-10 Gesamtfallzahlen	6
A-11 Personal des Krankenhauses	7
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	7
A-11.2 Pflegepersonal	7
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	8
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	10
A-12.1 Qualitätsmanagement	10
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	10
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	12
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	18
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1] Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	20
B-[1].1 Name	20
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	20
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	20
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	20

Qualitätsbericht 2018

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Geriatric/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"	21
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	21
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	21
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	21
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	21
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	21
B-[1].11	Personelle Ausstattung	22
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	22
B-[1].11.2	Pflegepersonal	23
B-[2]	Geriatric	24
B-[2].1	Name	24
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	24
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	24
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	24
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[2].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Geriatric"	25
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	25
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	25
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	26
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[2].11	Personelle Ausstattung	27
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	27
B-[2].11.2	Pflegepersonal	28
C	Qualitätssicherung	31
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	31
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	31

Qualitätsbericht 2018

C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	31
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	37
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	37
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	37
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	37
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	37

Qualitätsbericht 2018

Vorwort

Transparenz schafft Qualität

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

eine qualitativ hochwertige Pflege- und Behandlungsqualität, die stets mit den neuesten pflege- und medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen einhergeht - das ist, heute genau wie vor über 900 Jahren, das erklärte Ziel der Johanniter. Wer die Hospitalordnung des Johanniter-Krankenhauses in Jerusalem aus dem Jahr 1182 liest, findet dort Standards für Medizin, Pflege und Hygiene. Und doch ist heute einiges anders als damals: Patienten und Öffentlichkeit sind mündiger, kritischer und emanzipierter als früher. Sie verlangen Transparenz über die Qualität in der Medizin. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, verstehen wir unser Qualitäts- und Risikomanagement als unsere oberste Priorität im Sinne einer selbstverpflichtenden Führungs- und Organisationsverantwortung - für Sie.

Die Erfolge dieses Selbstverständnisses und unserer Selbstverpflichtung sind:

- die interdisziplinäre und multiprofessionelle Entwicklung der medizinisch-pflegerischen Gesamtversorgung auf höchstem Niveau
- die Prozessoptimierung in Form einer bedarfs- und leistungsgerechten Patientenorientierung und Patientensicherheit
- die Mitarbeiterorientierung, -sicherheit und -zufriedenheit
- die kontinuierliche interne und externe Klinikentwicklung mit dem Ziel der patientenorientierten Qualitätsverbesserung
- Integration, Vernetzung und Kooperation.

Seit dem Jahr 2004 bündelt die Johanniter GmbH die Aktivitäten des Johanniterordens auf dem Gebiet der stationären Gesundheitsversorgung. Zu den Einrichtungen gehören 14 Johanniter-Krankenhäuser, Fach- und Reha-Kliniken sowie Tageskliniken und mehrere Medizinische Versorgungs- wie Therapiezentren, in denen rund 390.000 Patientinnen und Patienten versorgt werden. Außerdem gehören 3 stationäre Hospize und 3 Krankenpflegesschulen zum Leistungsspektrum der Johanniter GmbH. Die 95 Altenpflegeeinrichtungen mit rund 8.000 Pflegeplätzen und mehr als 1.500 Betreuten Wohnungen werden seit dem Jahr 2008 von der Johanniter Seniorenhäuser GmbH, einer Tochtergesellschaft der Johanniter GmbH, geführt. Knapp 15.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich in den stationären und tagesklinischen Einrichtungen der Johanniter.

In unseren Einrichtungen arbeiten wir auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes. Unser Verhalten orientiert sich an diesem Leitbild und wird vom Respekt vor der Würde jedes Menschen und seiner unverwechselbaren Individualität bestimmt.

Die Orientierung an unserem Leitbild ist uns ebenso wichtig wie die Erfüllung vorgegebener Standards. In unseren Qualitätsberichten, haben wir die geforderten Informationen für Sie in transparenter und sachlicher Darstellung aufbereitet. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr

Frank Böker, Vorsitzender der Geschäftsführung der Johanniter GmbH

Qualitätsbericht 2018

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Frau Andrea Kaatz, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	04152 171 406
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	Andrea.Kaatz@joga.johanniter.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Carsten Schwaab, Geschäftsführer Johanniter Kliniken Geesthacht
Telefon:	04152 179 500
Fax:	04152 179 558
E-Mail:	Carsten.Schwaab@joga.johanniter.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	https://www.johanniter.de/einrichtungen/ krankenhaus/startseite-248224/
--------------------------------------	--

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Johanniter Klinik für Geriatrie Geesthacht
PLZ:	21502
Ort:	Geesthacht
Straße:	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer:	100
IK-Nummer:	260102229
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/startseite-248224/

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Carsten Schwaab, Geschäftsführer
Telefon:	04152 171 0
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	schwaab@johanniter-krankenhaus.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Ulrike Hammad-Greiff, Chefarztin
Telefon:	04152 171 100
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	ulrike.hammad-greiff@joga.johanniter.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Nicole Barein, Pflegedienstleitung
Telefon:	04152 171 390
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	nicole.barein@joga.johanniter.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Johanniter Geriatrie und Seniorenzentrum Geesthacht GmbH
Träger-Art:	öffentlich

Qualitätsbericht 2018

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
2	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
3	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
4	Fußreflexzonenmassage
5	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
6	Sporttherapie/Bewegungstherapie
7	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
8	Atemgymnastik/-therapie
9	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
10	Stomatherapie/-beratung
11	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
12	Basale Stimulation
13	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst
14	Schmerztherapie/-management
15	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
16	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
17	Manuelle Lymphdrainage
18	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
19	Sozialdienst
20	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
21	Physikalische Therapie/Bädertherapie
22	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
23	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
24	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
25	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
26	Spezielle Entspannungstherapie

Qualitätsbericht 2018

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
27	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
28	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
29	Massage
30	Musiktherapie
31	Wärme- und Kälteanwendungen
32	Wundmanagement
33	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
34	Kinästhetik
35	Ergotherapie/Arbeitstherapie
36	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
37	Diät- und Ernährungsberatung

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: muslimische Ernährung, vegetarisch/vegane/lactosefreie Küche</i>
2	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
4	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
6	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	Telefon am Bett <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 € 20,00 Euro einmalige Bereitstellungsgebühr</i>
9	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
10	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>

Qualitätsbericht 2018

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
2	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
4	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
5	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
6	Diätetische Angebote
7	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
9	Arbeit mit Piktogrammen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	95
----------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	1100
Teilstationäre Fallzahl:	414
Ambulante Fallzahl:	0

Qualitätsbericht 2018

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 14,08 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 38,50

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 14,08 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 14,08

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5,31

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 5,31 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 5,31

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 19,11

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 17,11 **Ohne:** 2,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 19,11
Tagesklinik

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 8,42

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 4,42 **Ohne:** 4,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 8,42

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 5,54

Qualitätsbericht 2018

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 7,26

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 3,25

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt: 6,28

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

Gesamt: 1,03

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Gesamt: 2,78

Qualitätsbericht 2018

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Musiktherapeut und Musiktherapeutin

Gesamt: 0,10

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 10,55

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Gesamt: 1,43

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt: 2,03

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt: 6,41

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt: 3,66

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

Qualitätsbericht 2018

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt: 0,73

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** **Ohne:**

Versorgungsform: **Ambulant:** **Stationär:**

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Andrea Kaatz, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	04152 171 406
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	andrea.kaatz@joga.johanniter.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
--	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Klinikleitung (kaufmännische Leitung, Chefärztin, Pflegedienstleitung) und Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Andrea Kaatz, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	04152 171 406
Fax:	04152 171 406
E-Mail:	Andrea.Kaatz@joga.johanniter.de

Qualitätsbericht 2018

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
--	---

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Pflegedienstleitung, Cheförztn, Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	<p>Sturzprophylaxe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzrisikomanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.11.2018</i></p>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	<p>Schmerzmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement Pb</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.11.2018</i></p>
4	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.11.2018</i></p>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Instrument bzw. Maßnahme	
1	<p>Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen</p> <p><i>Intervall: bei Bedarf</i></p>
2	<p>Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem</p> <p><i>Intervall: bei Bedarf</i></p>
3	<p>Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor</p> <p><i>Letzte Aktualisierung: 04.09.2018</i></p>

Qualitätsbericht 2018

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Zirkel

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

Genutzte Systeme:

Bezeichnung	
1	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1 ²⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	3

¹⁾ Externer Mitarbeiter

²⁾ Externer Mitarbeiter

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Ulrike Hammad-Greiff, Chefärztin
Telefon:	04152 171 100
Fax:	
E-Mail:	u.hammad-greiff@vitanas.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Teilweise
3	Kopfhaube	Teilweise
4	Mund-Nasen-Schutz	Teilweise
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Qualitätsbericht 2018

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja
----------	----

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

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja
----------	----

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	Option	Auswahl
1	Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/ hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/ regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

Qualitätsbericht 2018

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

Auswahl:	Ja
----------	----

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl:	Nein
----------	------

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:	Ja
----------	----

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminestationen erhoben:	Nein
---	------

Qualitätsbericht 2018

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden
--	---------------------------------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Nein
----------	------

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

Option	Auswahl
1 Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2 Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

Option	Auswahl
1 Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2 Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

Qualitätsbericht 2018

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
2	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Nein
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Corinna Wagner, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	04152 171 406
Fax:	04152 171 421
E-Mail:	Corinna.Wagner@joga.johanniter.de

Qualitätsbericht 2018

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	nein
---	------

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	Externer Mitarbeiter

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Straße:	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	21502
Ort:	Geesthacht

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Ulrike Hammad-Greiff, Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Telefon:	04152 171 0
Fax:	
E-Mail:	u.hammad-greiff@vitanas.de
Adresse:	Johannes-Ritter-Str. 100
PLZ/Ort:	21502 Geesthacht

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Qualitätsbericht 2018

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit werden im Kapitel A-7 dargestellt.

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	414

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu. Bei teilstationären Patienten werden keine Hauptdiagnosen ausgewiesen.

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	5395
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	216
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In dieser Fachabteilung werden keine ambulanten Behandlungsmöglichkeit angeboten.

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In dieser Fachabteilung werden keine ambulanten Operationen erbracht.

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,00 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 38,50

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,00"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,00"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,00"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

1	Innere Medizin
---	----------------

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Geriatric
2	Intensivmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie
4	Naturheilverfahren

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,52

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	2,52	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,52
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,78

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,78	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,78
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse

1	Leitung einer Station / eines Bereiches
---	---

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen

1	Geriatric
---	-----------

Qualitätsbericht 2018

B-[2] Geriatrie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Geriatrie
Straße:	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer:	100
PLZ:	21502
Ort:	Geesthacht

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0200) Geriatrie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Ulrike Hammad-Greif, Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Telefon:	04152 171 0
Fax:	
E-Mail:	u.hammad-greif@joga.johanniter.de
Adresse:	Johannes-Ritter-Str. 100
PLZ/Ort:	21502 Geesthacht

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
4	Geriatrische Tagesklinik
5	Schwindeldiagnostik/-therapie
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
7	Palliativmedizin
8	Transfusionsmedizin
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
10	Schmerztherapie
11	Schmerztherapie
12	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
13	Physikalische Therapie
14	Wundheilungsstörungen

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
3	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1100
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	150
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	83
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	62
4	I63	Hirnfarkt	53
5	I50	Herzinsuffizienz	47
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	45
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	40
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	37
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	30
10	I70	Atherosklerose	28

Qualitätsbericht 2018

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	969
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	792
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	33
4	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	27
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	11
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	4
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	< 4
9	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 13,08 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 38,50

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,08	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	13,08
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	84,1

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,31

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,31	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	4,31
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	255,2

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

1	Physikalische und Rehabilitative Medizin
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Innere Medizin
4	Neurologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1	Geriatric
2	Physikalische Therapie und Balneologie
3	Palliativmedizin
4	Naturheilverfahren
5	Intensivmedizin

Qualitätsbericht 2018

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

38,50

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 16,59

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	14,59	Ohne:	2,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	16,59
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	66,3

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 8,42

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,42	Ohne:	4,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	8,42
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	130,6

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 4,76

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,76	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	4,76
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	231,1

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in
Vollkräften

Gesamt: 7,26

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,48	Ohne:	2,78

Qualitätsbericht 2018

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	7,26
			Fälle je Anzahl:	151,5

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 3,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,00
			Fälle je Anzahl:	366,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 3,25

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,25	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,25
			Fälle je Anzahl:	338,5

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Wundmanagement
2	Kontinenzmanagement
3	Basale Stimulation
4	Geriatric
5	Entlassungsmanagement
6	Kinästhetik
7	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
8	Bobath

Qualitätsbericht 2018

Zusatzqualifikationen	
9	Ernährungsmanagement

Qualitätsbericht 2018

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Dekubitusprophylaxe (DEK)	152	100,66
2	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	5	100

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Johanniter Geriatrie und Seniorenzentrum Geesthacht GmbH"

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

1 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	2,9 % - 5,36 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	9,87
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

2 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,33 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

3 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	47,82 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %

Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
5	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	47,82 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-

6 Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
7 Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	30,04 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	

Qualitätsbericht 2018

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U31 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 52,18 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %

Qualitätsbericht 2018

Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U31 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 4,61 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Erwartete Ereignisse	0,47
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

*gemäß "Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung" vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de

Qualitätsbericht 2018

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

<input type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
<input checked="" type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	3
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	3
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	3

* 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).

Die stationären Einrichtungen



- Sitz der Johanniter GmbH, Johanniter Seniorenhäuser GmbH, 
 - Johanniter Competence Center GmbH, Johanniter Service Gesellschaft mbH, CEBONA GmbH 
 - Krankenhäuser 
 - Fach- und Rehabilitationskliniken 
 - Seniorenhäuser 
 - Hospize 
 - ab 01.01.2019 *
 - ab 2019 **
 - ab Herbst 2019 in Hermaringen ***
- Stand: 31.12.2018