

2018

Strukturierter Qualitätsbericht

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

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
c/o Johanniter GmbH
Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-1.1 Kontaktdaten des Standorts	4
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	8
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	8
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	8
A-11.2 Pflegepersonal	9
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1 Qualitätsmanagement	11
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	11
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	13
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	18
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik	21
B-[1].1 Name	21

Qualitätsbericht 2018

B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	21
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	21
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5	Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik"	23
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	23
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	23
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	24
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	24
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B-[1].11	Personelle Ausstattung	24
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	24
B-[1].11.2	Pflegepersonal	25
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	26
C	Qualitätssicherung	27
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	27
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	27
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	27
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	28
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	28
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	28
D	Qualitätsmanagement	29

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 Krankenpflegeschulen 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



Das Fachkrankenhaus

Das Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen ist ein Fachkrankenhaus mit den Kompetenzzentren:

- Fachklinik für internistische Rheumatologie, Orthopädie und Rheumachirurgie mit den Abteilungen für internistische Rheumatologie, Osteologie und Schmerztherapie sowie für Orthopädie und Rheumachirurgie (Rheumazentrum im Land Brandenburg VRA, Osteologisches Schwerpunktzentrum DVO, zertifiziertes Neuromuskuläres Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. DGM)
- Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Fachklinik für Pneumologie und Thoraxchirurgie mit den Abteilungen für Pneumologie (inkl. Onkologie), Zentrum für Allergologie und Asthma sowie Abteilung für Thoraxchirurgie (Lungenkrebszentrum Treuenbrietzen der DKG und Thoraxzentrum Land Brandenburg der DGT sowie Schlafmedizinisches Zentrum der Fachklinik für Pneumologie der DGSM e. V.)

Besonders die Qualität der medizinischen Versorgung ist für uns ein wichtiger Aspekt. Hier haben wir in der Vergangenheit viel erreicht und wichtige Zertifikate der deutschen Fachgesellschaften zuerkannt bekommen. Die hochmodernen Operationssäle des Johanniter-Krankenhauses wurden 2013 durch zusätzliche Spitzentechnologie ergänzt. Die bereits vorhandene minimalinvasive Chirurgie (MIC) wurde umfangreich aufgerüstet.

Die Rund-um-Versorgung unserer Patienten

Für eine teilstationäre Patientenversorgung halten wir **Tageskliniken** in den Bereichen Rheumatologie, Onkologie und Psychiatrie vor. Unsere Kliniken bieten auch **ambulante Sprechstunden** für Rheumatologie, Psychiatrie, Pneumologie, Allergologie und Thoraxchirurgie. Zur Verbesserung der Betreuung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen betreiben wir im Rahmen der integrierten Versorgung seit Ende der 90er Jahre an vielen Standorten Brandenburgs eine **mobile Rheumasprechstunde**.

Tochtergesellschaften

In enger Kooperation mit unseren Tochtergesellschaften bieten wir ein regionales Netzwerk aus Fachkrankenhaus, Seniorenhilfe und ambulanten Leistungen.

Qualitätsbericht 2018

Johanniter Medizinisches Versorgungszentrum Treuenbrietzen GmbH

(Praxen für Rheumatologie, Orthopädie, Pneumologie sowie Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

Johanniter-Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie GmbH

(Wohnstätte, ambulant betreutes Wohnen und Tagesstätte)

Johanniter-Seniorenzentrum Jüterbog GmbH

(Seniorenheim, betreutes Wohnen und Tagesbetreuung)

Johanniter-Medienzentrum im Fläming GmbH

(Prävention und Rehabilitation - Schwerpunkt: Bewegungsapparat).

www.johanniter-treuenbrietzen.de

www.johanniter/einrichtungen/altenpflegeeinrichtungen/jueterbog.de

www.johanniter-medienzentrum.de

www.mvz-treuenbrietzen.de

www.johanniter.de/jgz-treuenbrietzen

www.johanniter.de/tz-land-brandenburg

www.johanniter.de/lungenkrebszentrum-treuenbrietzen

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Brigitte Scharmach (Geschäftsführerin), ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Jörg-Peter Bensch, Stabsstelle Krankenhausdirektion
Telefon:	033748 8 2378
Fax:	033748 8 2773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Brigitte Scharmach, Krankenhausdirektorin
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82774
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.johanniter-treuenbrietzen.de
--------------------------------------	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig c/o Johanniter GmbH Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen
PLZ:	14929
Ort:	Treuenbrietzen
Straße:	Johanniterstraße
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	261200981
Standort-Nummer:	3
Krankenhaus-URL:	http://www.johanniter-treuenbrietzen.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
PLZ:	14806
Ort:	Bad Belzig
Straße:	Niemegker Straße
Hausnummer:	45
IK-Nummer:	261200981
Standort-Nummer:	3
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de
Standort-URL:	http://www.johanniter-treuenbrietzen.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Brigitte Scharmach, Krankenhausdirektorin
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82774
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Siegrun Böttcher, Handelsbevollmächtigte, Kaufmännische Leitung
Telefon:	033748 82503
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Qualitätsbericht 2018

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Martin Spielhagen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	033748 82100
Fax:	033748 82410
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Una Kniebusch, Oberin
Telefon:	033748 82208
Fax:	033748 82664
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Mirko Rücker, Handelsbevollmächtigter, Leitung Controlling
Telefon:	033748 82433
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Brigitte Scharmach, Krankenhausdirektorin
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Siegrun Böttcher, Handelsbevollmächtigte, Kaufmännische Leitung
Telefon:	033748 82503
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Martin Spielhagen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	033748 82100
Fax:	033748 82410
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Qualitätsbericht 2018

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Una Kniebusch, Oberin
Telefon:	033748 82208
Fax:	033748 82664
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Dr. med. Christopher Rommel, Chefarzt
Telefon:	033748 82258
Fax:	033748 82271
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

Standort:	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Belzig
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Mirko Rücker, Handelsbevollmächtigter, Leitung Controlling
Telefon:	033748 82433
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Johanniter GmbH Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja
---	----

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Pflege / Sozialdienst</i>
2	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Anschlussheilbehandlung / Frührehabilitation</i>
3	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
4	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
5	Schmerztherapie/-management
6	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
7	Spezielle Entspannungstherapie <i>Autogenes Training, Jacobson</i>
8	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Psychiatrie / Sozialdienst Selbsthilfegruppe für Abhängigkeitskranke</i>
9	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
10	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
11	Sozialdienst
12	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
3	Seelsorge
4	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
5	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Diätetische Angebote
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug

Qualitätsbericht 2018

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Doktorandenbetreuung
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
3	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
4	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
6	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
7	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
8	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>65 Ausbildungsplätze Beginn immer zum 1. Okt.</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	12
----------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Fallzählweise

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	55
Ambulante Fallzahl:	804

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)			
Gesamt:	0,20	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: <input type="text" value="0,20"/>	Ohne: <input type="text" value="0,00"/>	
Versorgungsform:	Ambulant: <input type="text" value="0,10"/>	Stationär: <input type="text" value="0,10"/>	

Qualitätsbericht 2018

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 0,20

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

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

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 0,00

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

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

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 0,00

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

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

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

Gesamt: 1,73

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

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,30

für Psychiatrische Institutsambulanz

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

Qualitätsbericht 2018

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

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

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt: 1,16

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

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

Ergotherapeuten

Gesamt: 0,72

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

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

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt: 0,41

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

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

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Gesamt: 0,24

in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin

Gesamt: 0,72

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

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

Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt: 1,16

Qualitätsbericht 2018

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

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

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt:

in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung

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:	Brigitte Scharmach, Krankenhausdirektorin
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82773
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

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
--	---

Qualitätsbericht 2018

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Verwaltung, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Mitarbeitervertretung, Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 20.07.2015</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Einarbeitungskonzepte, Patienten-Sicherheits-Checklisten/Standards, Fallkonferenzen u. v. m.

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	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Qualitätsbericht 2018

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

Die Betreuung der psychiatrischen Tagesklinik in Fragen der Hygiene erfolgt durch das Hygienepersonal des Johanniter-Krankenhauses im Fläming Treuenbrietzen GmbH.

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontakt Daten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Spielhagen, Vorsitzender/Ärztlicher Direktor
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82774
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Die gültige Hygieneordnung wird kontinuierlich überarbeitet und ggf. ergänzt. Jeder Station und jedem Funktionsbereich stand ein aktuell gültiger Ordner zur Verfügung. In Risikobereichen wie OP- Abteilung und Endoskopie wurde nach bereichsspezifischen Hygieneplänen gearbeitet.

Qualitätsbericht 2018

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	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

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

Standortspezifischer 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	Standortspezifische 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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

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

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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:	Ja
----------	----

Qualitätsbericht 2018

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
---	------

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Nein
--	------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

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

Qualitätsbericht 2018

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

	Option	Auswahl
1	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
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Brandenburg</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Erfüllt?
1	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
3	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
5	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. http://www.johanniter-treuenbrietzen.de	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://johanniter-treuenbrietzen.de	Ja
9	Einweiserbefragungen	Ja
10	Patientenbefragungen <i>Routinemäßige Patientenbefragungen werden zur Behandlungs- und Betreuungsqualität sowie zur Qualität der Speisenversorgung inklusive Service durchgeführt.</i>	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Anita Förster, Patientenfürsprecherin
Telefon:	033748 82565
Fax:	033748 82773
E-Mail:	anita.foerster@trb.johanniter-kliniken.de
Name/Funktion:	Jörg-Peter Bensch, Stabsstelle Krankenhausdirektion

Qualitätsbericht 2018

Telefon:	033748 82378
Fax:	033748 82773
E-Mail:	joerg-peter.bensch@trb.johanniter-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Anita Förster, Patientenfürsprecherin
Telefon:	033748 82565
Fax:	033748 82773
E-Mail:	anita.foerster@trb.johanniter-kliniken.de

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?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Spielhagen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	033748 82 216
Fax:	033748 82 774
E-Mail:	martin.spielhagen@trb.johanniter-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	3

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
2	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
3	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
4	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Qualitätsbericht 2018

Instrument bzw. Maßnahme	
5	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
<input type="checkbox"/>	Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik

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

Tagesklinik Psychiatrie Standort Bad Belzig

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik
Straße:	Niemegker Straße
Hausnummer:	45
PLZ:	14806
Ort:	Bad Belzig
URL:	http://www.johanniter-treuenbrietzen.de

Weitere Links:

<http://www.psychiatrie-land-brandenburg.de/>

<http://abteilungspsychiatrie.net/>

<http://www.bipp-berlin.de>

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Dr. rer. nat. Christopher Rommel, Chefarzt
Telefon:	033748 82216
Fax:	033748 82774
E-Mail:	qualitaetsbericht@trb.johanniter-kliniken.de
Adresse:	Niemegker Straße 45
PLZ/Ort:	14806 Bad Belzig
URL:	http://www.johanniter-treuenbrietzen.de

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

Profil

- 12 teilstationäre Behandlungsplätze
- Regionale psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Vollversorgung für die Landkreise Potsdam-Mittelmark und Teltow-Fläming
- Alle modernen und relevanten diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind in unserem Haus verfügbar

Therapieangebot

- Auseinandersetzung mit der persönlichen Problematik auf tiefenpsychologischer und systemischer Grundlage
- Therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Entspannungs- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und Psychodrama
- Patienten setzen sich mit den Zusammenhängen ihrer Erkrankung, der eigenen Biographie und der aktuellen Lebenssituation auseinander
- Gemeinsam gestalteter Alltag, gemeinsames Kochen und Backen sowie gemeinsame Ausflüge fördern das Erleben in der Gruppe und bieten konkrete Ansatzpunkte zur Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik
- Die tagesklinische Behandlung findet Montag bis Freitag in der Zeit von 07:30 Uhr bis 16:00 Uhr statt

Das Spezifische einer tagesklinischen Behandlung ist, dass die Patienten die meiste Zeit der Woche in ihrem persönlichen Umfeld leben. Dort werden sie mit den Problemen des Alltags konfrontiert, erleben aber auch die Unterstützung durch Freunde und Verwandte. In der Therapie erarbeitete Veränderungsansätze können so in der Praxis erprobt werden, Ängste können überwunden und verlorene Sicherheit kann zurück gewonnen werden.

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen

Qualitätsbericht 2018

Medizinische Leistungsangebote	
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
11	Psychiatrische Tagesklinik
12	Spezialsprechstunde

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

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

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

Die im Vergleich zum Jahr 2017 geringere Fallzahl kommt durch die vom Gesetzgeber vorgegebene Umstellung der Abrechnung von BpflV auf PEPPV zustande. Die Anzahl der versorgten Patienten hat sich nicht verändert.

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	55

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	3174
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	214
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	197
4	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	57
5	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	< 4

Qualitätsbericht 2018

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

Psychiatrische Institutsambulanz

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 0,20 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,20	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,10	Stationär:	0,10
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 0,20

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,20	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,10	Stationär:	0,10
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

1	Psychiatrie und Psychotherapie <i>in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung</i>
2	Neurologie

Qualitätsbericht 2018

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
	<i>in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung</i>
3	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	<i>in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung</i>

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Psychoanalyse
2	Psychotherapie - fachgebunden -

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	
40,00	

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

Gesamt: 1,73

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,73"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,24"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,49"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="0,0"/>

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,30

für Psychiatrische Institutsambulanz

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,30"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,24"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,06"/>
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	<input type="text" value="0,0"/>

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Diplom
2	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Qualitätsbericht 2018

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt:	1,16			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="1,15"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,01"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,14"/>	Stationär:	<input type="text" value="1,02"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

Ergotherapeuten

Gesamt:	0,72			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,72"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,24"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,48"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt:	0,41			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,41"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,24"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,17"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Gesamt:	0,24			
<i>In Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung</i>				
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0,24"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,00"/>
	Ambulant:	<input type="text" value="0,24"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,00"/>
Versorgungsform:			Fälle je	<input type="text" value="0,0"/>
			Anzahl:	

C Qualitätssicherung

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

Ab dem Berichtsjahr 2013 erfolgen Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres.

Ergänzende Eingaben werden nach der Lieferung der Auswertung nach §137 SGB V vorgenommen.

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

Trifft nicht zu.

<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

Leistungsbereich:	Alle Johanniter Krankenhäuser sind Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Damit gehen wir freiwillig weit über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung hinaus.
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Die IQM-Mitgliedskliniken nutzen die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI). Die aktuelle Version der G-IQI beinhaltet über 380 Kennzahlen zu über 60 bedeutsamen Krankheitsbildern/Behandlungen.
Ergebnis:	Ergebnisse werden für jeden Indikator berechnet.
Messzeitraum:	2018
Datenerhebung:	Daten nach §21 KHEntgG, Daten aus der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V
Rechenregeln:	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche:	Es wird mit dem Bundesreferenzwert verglichen.
Vergleichswerte:	Es wird ein Erwartungswert berechnet.
Quellenangabe:	https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/

Qualitätsbericht 2018

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):	0
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	0
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	0

* 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).

D Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement (QM) in den Häusern der Johanniter GmbH ist breit aufgestellt. Dazu gehören unter anderem ein internes Risikomanagement, die Beteiligung an freiwilligen fachspezifischen QM-Verfahren sowie - je nach Standort - die Beteiligung an verschiedenen Zertifizierungen sowie Labor- und/oder Apotheken-Akkreditierungen etc. Für die Johanniter ist primär die Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung Referenz-Maßstab für Maßnahmen im Qualitätsmanagementsystem. Praktisch bedeutet dies, dass die Johanniter-Krankenhäuser den Behandlungserfolg des Patienten mit der Erfassung spezieller, objektivierbarer Kennzahlen in das Zentrum aller QM-Aktivitäten stellen. Kennzahlen sind unabdingbar, um Qualität zu messen und transparent darzustellen. Dabei sind die **"Peer Reviews"** (siehe weiter unten) eine der wichtigsten Säulen des medizinischen Qualitätsmanagements der Johanniter.

Qualität messen

Die Qualität von medizinischen Behandlungen messen die Johanniter auf Basis von Abrechnungsdaten. Sie sind aussagekräftig, manipulationssicher und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu erbringen. Die Abrechnungsdaten, häufig auch als Routinedaten bezeichnet, werden auf Grundlage der anerkannten **G-IQI** (German Inpatient Quality Indicators) ausgewertet. Sie umfassen alle wesentlichen Krankheitsbilder und Operationsverfahren.

http://www.seqmgw.tu-berlin.de/menue/inpatient_quality_indicators/g-iqui_bundesreferenzwerte

Transparenz zeigen

Die Ergebnisse der Analysen stellen die Johanniter nach innen und außen transparent dar. Patienten wie Mitarbeiter und Interessierte haben die Möglichkeit, die Daten im Internet einzusehen: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

Peer Reviews durchführen

Für den Fall, dass nicht alle medizinischen Ziele erreicht werden, analysieren intern Johanniter-Chefärzte sowie extern unbeteiligte Chefärzte anderer Krankenhausträger ("Peers") diese ausgewählten "auffälligen" Patientenakten. Sie haben die Aufgabe, Gründe für statistischen Abweichungen von den vorgenannten Indikatoren (**G-IQI**) zu finden und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Verantwortung für die Patienten verpflichtet die Johanniter, mögliche verbesserungsfähige Prozesse herauszufinden oder aber nicht beeinflussbare Bedingungen zu erkennen und speziell dafür alternative Lösungsansätze zu entwickeln (z.B. in der Palliativ-Medizin).

Initiative Qualitätsmedizin






Die Johanniter-Krankenhäuser sind Gründungsmitglied der 2009 ins Leben gerufenen Initiative Qualitätsmedizin (IQM). IQM ist eine trägerübergreifende Initiative von Krankenhäusern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Alle teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zu einem transparenten Umgang mit Qualitätsindikatoren, auch und gerade im Sinne eines Risikomanagements. Sie stehen für eine daraus abgeleitete aktive Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität zum Wohl der Patienten. Deshalb messen alle IQM-Mitgliedshäuser in Deutschland, der Schweiz und Österreich regelmäßig ihre medizinische Ergebnisqualität für relevante Krankheitsbilder und Behandlungsverfahren. Die Messergebnisse basieren derzeit zum überwiegenden Teil auf Routinedaten, die von den Krankenkassen und allen anderen Partnern im Gesundheitswesen anerkannt sind. Mit der regelmäßigen Veröffentlichung ihrer Qualitätsindikatoren, auch der auffälligen Werte, signalisieren die IQM-Mitglieder ihren Patienten sowie der breiteren Öffentlichkeit ihre Bereitschaft zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

Qualitätsbericht 2018

Mehr Informationen unter: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.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