



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für das Berichtsjahr 2016

Krankenhaus Bethanien gGmbH

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato® QBM am 09.02.2018 um 13:13 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.eu>  
promato QBM: <https://qbm.promato.de>

# Inhaltsverzeichnis

## Teil A – Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A – 1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A – 2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A – 3 Universität oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A – 3 Regionale Versorgungspflicht für die Psychiatrie.....	7
A – 5 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A – 6 Weitere – nicht medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A – 7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A – 8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	9
A – 9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	9
A – 10 Gesamtfallzahlen.....	9
A – 11 Personal des Krankenhauses.....	10
A – 11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	10
A – 11.2 Pflegepersonal.....	10
A – 11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	10
A – 11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	12
A – 12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	12
A – 12.1 Qualitätsmanagement.....	12
A – 12.1.1 Verantwortliche Personen.....	12
A – 12.1.2 Lenkungs-gremium.....	13
A – 12.2 Klinisches Risikomanagement.....	13
A – 12.2.1 Verantwortliche Personen.....	13
A – 12.2.2 Lenkungs-gremium.....	13
A – 12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	13
A – 12.2.3.1 Einsatz eines einrichtung-internen Fehlermeldesystems.....	13
A – 12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungs-übergreifenden Fehlermeldesystemen.....	14
A – 12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements.....	14
A – 12.3.1 Hygienepersonal.....	14
A – 12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	14
A – 12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheder-assoziiierter Infektionen.....	14
A – 12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	15
A – 12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	15
A – 12.3.2.4 Händedesinfektion.....	16
A – 12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	16
A – 12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	16
A – 12.4 Patientenorientiertes Lob – und Beschwerdemanagement.....	16
A – Besondere apparative Ausstattung.....	17

Teil B – Struktur – und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	19
<b>B - (1) Fachabteilung Pneumologie.....</b>	<b>19</b>
B - (1).1 Name (Pneumologie).....	19
B – (1).2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	19
B – (1).3 Medizinische Leistungsangebote (Pneumologie).....	19
B - (1).4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit (Pneumologie).....	20
B – (1).5 Fallzahlen (Pneumologie).....	20
B – (1).6 Diagnosen nach ICD.....	20
B – (1).7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	21
B – (1).8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	21
B - (1).9 ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	22
B – (1).10 Zulassung zum Durchgangs – Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	22
B – (1).11 Personelle Ausstattung.....	23
B – (1).11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	23
B – (1).11.2 Pflegepersonal.....	23
B – (1).11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	25
<b>Teil C – Qualitätssicherung.....</b>	<b>26</b>
C – 1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	26
C – 1.1 Leistungsbereiche der Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	26
C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH – RL für: (Auswertungseinheit).....	27
C – 2 Externe Qualitätssicherung nach Landrecht gemäß 112 SGB V.....	29
C – 3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease – Management – Programmen (DMP) Nach § 137f SGB V.....	29
C – 4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	29
C – 5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	29
C – 6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB ("Strukturvereinbarung").....	29
C – 7 Umstzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	29

## Vorwort

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige, liebe Fachkollegen, sehr geehrte Damen und Herren,  
vielen Dank für Ihr Interesse am Krankenhaus Bethanien, der pneumologischen Fachklinik in Solingen. Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Krankenhaus und unsere Arbeit interessieren.

Das Krankenhaus Bethanien hat sich als Fachklinik auf die Diagnostik und Behandlung sämtlicher Lungenerkrankungen spezialisiert und wird als Klinik für Pneumologie und Allergologie/Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin überregional in Anspruch genommen. Das Krankenhaus unterhält und entwickelt vielfältige Beziehungen zu anderen medizinischen Einrichtungen, um eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Das Krankenhaus Bethanien Solingen und die Uniklinik Köln arbeiten seit Januar 2014 gemeinsam im Lungenkrebszentrum Köln Solingen (LuKS), um eine optimale Versorgung von Lungenkrebspatienten zu gewährleisten.

Qualität und Sicherheit in der Versorgung und Qualität im Leistungsangebot sind zunehmend das entscheidende Kriterium bei der Wahl eines Krankenhauses. Für Sie als Patient bzw. Sie als einweisenden Arzt, wird es immer wichtiger, das Krankenhaus nach qualitativen Gesichtspunkten auszuwählen. Der Qualitätsbericht bietet eine Möglichkeit, für diese Auswahl wichtige Informationen über ein Krankenhaus zu erhalten.

Der Qualitätsbericht der Klinik Bethanien in Solingen gibt Ihnen einen Einblick in die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses. Bei uns sind rund 280 Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt und betreuen jährlich etwa 6000 Patienten. Unser Haus verfügt über 120 Betten.

Wir sind stolz darauf, Ihnen am Krankenhaus Bethanien Solingen Spitzenmedizin anbieten zu können, die individuell auf die Erfordernisse unserer Patientinnen und Patienten abgestimmt ist. Mit einer Vielfalt von z. T. hoch spezialisierten Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, in die die neuesten Erkenntnisse der Forschung einfließen.

Die Qualität der Untersuchung und Behandlung von Patienten unterliegt bei uns einem ständigen Verbesserungsprozess. Wir sichern eine hohe Behandlungsqualität durch optimale Behandlungsabläufe und modernste Medizintechnik. Wir investieren in die regelmäßige Aus- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter. Qualitätsmanagement ist ein fester Bestandteil unserer Unternehmenspolitik.

Neben der guten medizinischen Versorgung liegt es uns besonders am Herzen, ein Umfeld zu schaffen, in dem unsere Patientinnen und Patienten menschliche Nähe und Zuwendung erfahren. Damit sich unsere Patienten trotz der medizinisch notwendigen Behandlungen gut aufgehoben fühlen, legen wir großen Wert auf Patientenfreundlichkeit und einen guten Service.

Dabei sind wir dankbar für Ihre Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge. Sie helfen uns damit, so gut wie möglich auf Ihre Bedürfnisse als Patient, Angehöriger, Einweiser oder anderer Partner im Gesundheitswesen einzugehen.



Belegschaft des Krankenhauses Bethanien in Solingen

## Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit:



Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon:	Fax:	E-Mail:
	Mike	Seidel	Verwaltungsleiter	0212636021	0212636023	Mike.Seidel@klinik-bethanien.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon:	Fax:	E-Mail:
	Mike	Seidel	Verwaltungsleiter	0212636021	0212636023	Mike.Seidel@klinik-Bethanien.de

URL zur Homepage:  
<http://www.klinik-bethanien.de>

URL für weitere Informationen:  
<http://www.diakonie-bethanien.de>

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### I. Angaben zum Krankenhaus

IK-Nummern des Krankenhauses:  
260510893

Standortnummer des Krankenhauses:  
00

Hausanschrift:  
Krankenhaus Bethanien gGmbH  
Aufderhöher Straße 169-175  
42699 42699

Internet:  
<http://www.klinik-bethanien.de>

Postanschrift:  
Aufderhöher Straße 169-175  
42699 Solingen

### Ärztliche Leitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
Prof. Dr. med.	Winfried J.	Randerath	Chefarzt	0212 / 63 - 6001	0212 / 63 - 6005	Carla.Miltz@klinik-bethanien.de

### Pflegedienstleitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Christiane	Kühn	Pflegedienstleiterin	0212 / 63 - 6010	0212 / 63 - 6015	Christiane.Kuehn@klinik-bethanien.de

### Verwaltungsleitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Mike	Seidel	Verwaltungsleiter	0212 / 63 - 6021	0212 / 63 - 6023	Mike.Seidel@klinik-bethanien.de

## ***A-2 Name und Art des Krankenhausträgers***

Name:

Krankenhaus Bethanien gGmbH

Art:

freigemeinnützig

## ***A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus***

trifft nicht zu

## ***A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie***

trifft nicht zu / entfällt

## ***A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses***

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Interdisziplinäres Konzept zur Betreuung von Langzeitbeatmeten (Solinger Konzept)

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben:	URL:	Kommentar / Erläuterung:
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	1,00 EUR pro Tag (max)		Wahlleistungsstation + Infektionsstation kostenfrei
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0,00 EUR pro Tag (max)		
NM18	Telefon am Bett	1,00 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,10 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		Bereitstellungsgebühr 1,00 € pro Tag, 0,10 € pro Minute auch ins deutsche Mobilfunknetz
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0,00 EUR pro Stunde 0,00 EUR pro Tag		
NM42	Seelsorge			
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe / chronische Schlafstörungen Solingen e.V.
NM67	Andachtsraum			Raum der Stille

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF24	Diätetische Angebote	



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

### **A-8.1 Forschung und akademische Lehre:**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar / Erläuterung:
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Eng mit dem Krankenhaus verbunden ist das Wissenschaftliche Institut Bethanien, in dem klinische Forschung in den Bereichen Lungenfunktionsdiagnostik, Onkologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin sowie Versorgungsforschung betrieben wird.

### **A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen:**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar / Erläuterung:
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ausbildungsstätte ist die Evangelische Krankenhaus Mettmann GmbH – Staatlich anerkannte Krankenpflegeschule.

## ***A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus***

120 Betten

## ***A-10 Gesamtfallzahlen***

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

5267

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahl:

2961

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen):

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
24,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
24,96	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
1	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
23,96	

davon Fachärzte und Fachärztinnen:

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
13,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
13,96	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
1	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
12,96	

maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit:

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal:
42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V):

Anzahl Personen:	Kommentar/ Erläuterung:
0	

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind:

### A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen:

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
110,02	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
110,02	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:

0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
2,1	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
107,92	

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen:**

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59	

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen:**

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91	

**Medizinische Fachangestellte:**

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50	

**Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit:**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal:
39,00

**A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik  
Diplom Psychologen:**

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
0,30	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0,30	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0,3	

**Physiotherapeuten:**

Anzahl Vollkräfte:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Ambulante Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
0	
Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32	

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Anzahl (Vollkräfte):	Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Ambulante Versorgung:	Stationäre Versorgung:	Kommentar/ Erläuterung:
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1,0	0	1	0	1	
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1	0	1	0	1	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,75	1,75	0	0	1,75	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	13,25	13,25	0	0	13,25	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	3,23	3,23	0	0	3,23	

***A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung***

## A-12.1 Qualitätsmanagement:

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Titel, Vorname, Nachname:	Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Email:
Stephan Wragge	Qualitätsmanager	0212 63 6622		Stephan.Wragge@klinik-bethanien.de

### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht?	Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche:	Tagungsfrequenz des Gremiums:
Ja	ÄD, PD, VWD	monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement:

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement :
eigenständige Position für Risikomanagement

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium:

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche:	Tagungsfrequenz des Gremiums:
Ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement		

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen:

Nr.	Instrument / Maßnahme:	Zusatzangaben:
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensweisung Risikomanagement 2015-05-21
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	
RM05	Schmerzmanagement	
RM06	Sturzprophylaxe	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	
RM18	Entlassungsmanagement	

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	Tagungsfrequenz:	Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:
Ja	Ja	bei Bedarf	CIRS-Konzept

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem:	Zusatzangaben:
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2016-09-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen:

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	Tagungsfrequenz:
Ja	Ja	bei Bedarf

Nummer:	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem:
EF06	CIRS NRW (Ärztckammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements:

### A-12.3.1 Hygienepersonal:

Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen:	Kommentar/ Erläuterung:
1	extern
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen:	Kommentar/ Erläuterung:
2	intern beauftragte Ärzte
Hygienefachkräfte (HFK):	Kommentar/ Erläuterung:
1	
Hygienebeauftragte in der Pflege:	Kommentar/ Erläuterung:
8	

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet:
Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission:
halbjährlich

### Vorsitzender der Hygienekommission:

Titel:	Vorname:	Nachname:	Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Email:
Prof. Dr. med.	Winfried	Randerath	Chefarzt	0212 63 6001		Carla.Miltz@klinik-bethanien.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?
ja
Der Standard thematisiert insbesondere
a) Hygienische Händedesinfektion:
ja
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum:
ja
c) Beachtung der Einwirkzeit:
ja
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:
- sterile Handschuhe:
ja
- steriler Kittel:
ja
- Kopphaube:
ja
- Mund-Nasen-Schutz:
ja
- steriles Abdecktuch:
ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?
ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenweilkathetern liegt vor?
nein

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie:

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?
nein
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?
nein

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden:

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?
ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere:
a) Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) :
ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) :
ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden :
ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage:

ja
e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion :
ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?
ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion:

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben?
ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen:
59,57 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen:
31,42 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?
ja

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )?
ja
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
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?
ja
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:

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme:	Zusatzangaben:	Kommentar/ Erläuterung:
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung):	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden:	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		



Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden:	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert:	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt:	Kommentar/ Erläuterung:	URL zum Bericht:
Ja		
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt:	Kommentar/ Erläuterung:	
Ja		
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren:	Kommentar/ Erläuterung:	Link zu Kontaktformular:
Ja		<a href="http://www.klinik-bethanien.de/sites/default/files/dokumente/v_fb_136_001_0717_pat_rueckmeldebogen_ihre_meinung_ist_uns_wichtig.pdf">http://www.klinik-bethanien.de/sites/default/files/dokumente/v_fb_136_001_0717_pat_rueckmeldebogen_ihre_meinung_ist_uns_wichtig.pdf</a>
Patientenbefragungen:	Kommentar/ Erläuterung:	Link zur Webseite:
Ja		
Einweiserbefragungen:	Kommentar/ Erläuterung:	Link zur Webseite:
Ja		

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement:

Titel:	Vorname:	Name:	Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Stephan	Wragge	Qualitätsmanager	0212 63 6622		Stephan.Wragge@klinik-bethanien.de

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin:

Titel:	Vorname:	Name:	Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Zuzanna	Markus	Patientenfürsprecher	0212 63 6701		pfs@klinik-bethanien.de

### ***A-13 Besondere apparative Ausstattung***

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	In Kooperation mit einer radiologischen Praxis
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Die intermittierenden Nierenersatzverfahren finden in unserem Hause in Kooperation mit einer niedergelassenen nephrologischen Praxis statt. Zusätzlich bieten wir das CVVH-

				Verfahren (Kontinuierliche venöse Hämofiltration ) an.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja	Hierbei handelt es sich um das ECMO-Verfahren (Extrakorporale Membranoxygenierung).
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein	MRT-Untersuchungen werden unter stationären Bedingungen in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	trifft nicht zu	PET-Untersuchungen werden unter stationären Bedingungen in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung Pneumologie

### B-[1].1 Name [Pneumologie]

Fachabteilungsschlüssel:
0800
Art der Abteilung:
Hauptabteilung

### Zugänge

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort:	Internet:
Aufderhöherstr. 169-175, 42699 Solingen	<a href="http://www.klinik-bethanien.de">http://www.klinik-bethanien.de</a>

### Chefärztinnen/-ärzte:

Titel, Vorname, Name:	Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Tel. Nr.	Fax. Nr.	Email:
Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath	Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Umweltmedizin, Schlafmedizin, Infektiologie (DGI), Palliativmedizin	0212 / 63 - 6001		Carla.Miltz@klinik-bethanien.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 nach § 136a SGB V:	Kommentar/ Erläuterung:
Keine Zielvereinbarung getroffen	

### B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote [Pneumologie]

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pneumologie	Kommentar / Erläuterung
VC11	Lungenchirurgie	DKG zertifiziertes Lungenkrebszentrum Uniklinik Köln Solingen (LuKS); Die Vor- und Nachbetreuung findet in Bethanien und in der Uniklinik Köln statt. Zur Abklärung finden wöchentlich Tumorkonferenzen statt.

VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	Spezielle Infektionsstation - u.a. Therapie der Tuberkulose
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI20	Intensivmedizin	Weaning von der Langzeitbeatmung; Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, CVVH); Lungenersatzverfahren (ECMO, ILA); Nicht-invasive Beatmung (NIV)
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR04	Duplexsonographie	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VU15	Dialyse	Die Dialyse wird in der nephrologischen Praxis vor Ort durchgeführt

### ***B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit [Pneumologie]***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[1].5 Fallzahlen [Pneumologie]***

Vollstationäre Fallzahl:

5267

Teilstationäre Fallzahl:

0

### ***B-[1].6 Diagnosen nach ICD***

ICD-10-GM-Ziffer:	Fallzahl:	Offizielle Bezeichnung:
G47	1328	Schlafstörungen
J96	805	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J44	729	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
C34	399	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J84	166	Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen
J45	151	Asthma bronchiale

J98	137	Sonstige Krankheiten der Atemwege
I50	132	Herzinsuffizienz
D38	82	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J15	77	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert

### ***B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS***

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
1-710	4953	Ganzkörperplethysmographie
1-711	3125	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
1-620	2852	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-790	2733	Kardiorespiratorische Polysomnographie
8-716	1297	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
1-843	1192	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
8-717	1136	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
8-706	1090	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
9-500	960	Patientenschulung
3-222	735	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel

### ***B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Bronchoskopische Ambulanz	• Endoskopie (VI35)	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	PAH Ambulanz (Pulmonale Hypertonie)	• Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie (LK14)	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Onkologische Ambulanz	• Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (LK15)	
AM07	Privatambulanz		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)</li> <li>• Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)</li> <li>• Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (V118)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (V119)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)</li> <li>• Schlafmedizin (VN22)</li> </ul>	
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)</li> <li>• Ästhetische Dermatologie (VD13)</li> <li>• Dermatologische Lichttherapie (VD16)</li> <li>• Wundheilungsstörungen (VD20)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)</li> <li>• Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)</li> <li>• Interdisziplinäre Tumormachsorge (VH20)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)</li> <li>• Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)</li> </ul>	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

**B-[1].11 Personelle Ausstattung**

**B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen):

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
24,96		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
24,96		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
1		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
23,96	219,82470	

davon Fachärzte und Fachärztinnen:

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
13,96		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
13,96		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
1		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
12,96	406,40432	

maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit:

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal:
42,00

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen:

23

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
110,02		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
110,02		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
2,1		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
107,92	48,80467	

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen:

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
2,59	2033,59073	

#### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen:

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
9,91	531,48335	

#### Medizinische Fachangestellte:

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		



Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
7,50	702,26666	

**Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit:**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal:
39,00

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

**Diplom Psychologen:**

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0,30		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0,30		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0,30	17556,66666	

Anzahl Vollkräfte:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32		
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Ambulante Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
0		
Stationäre Versorgung:	Fälle je VK/Person:	Kommentar/ Erläuterung:
10,32	510,36821	

# Teil C - Qualitätssicherung

## *C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V*

### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	73	104,1	
Geburthilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	116	107,8	

## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

a) Leistungsbereich	b) Qualitätsindikator c) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	d) Bundes-durchschnitt e) Referenzbereich (bundesweit) f) Vertrauensbereich (bundesweit)	g) Grundgesamtheit/ Beobachtet/ Erwartet h) Ergebnis (Einheit) i) Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr j) Vertrauensbereich (Krankenhaus)	k) Ergebnis im Berichtsjahr l) Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	m) Fachlicher Hinweis IQTIG n) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen o) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben c) nein	d) 93,63 e) >= 90,00 % (Zielbereich) f) 93,5 / 93,76	g) 28 / 28 / 28 h) 100,00 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 87,94 / 100,00	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 1 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung c) nein	d) 95,88 e) >= 95,00 % (Zielbereich) f) 95,79 / 95,97	g) 57 / 57 / 57 h) 100,00 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 93,69 / 100,00	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 2 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme c) nein	d) 98,33 e) >= 95,00 % (Zielbereich) f) 98,28 / 98,37	g) 76 / 76 / 76 h) 100,00 i) unverändert j) 95,19 / 100,00	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 3 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt c) nein	d) 1 e) <= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich) f) 0,99 / 1,01	g) 76 / 4 / 8,23 h) 0,49 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 0,19 / 1,18	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 4 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus c) nein	d) 96,32 e) >= 95,00 % (Zielbereich) f) 96,25 / 96,39	g) 72 / 72 / 72 h) 100,00 i) unverändert j) 94,93 / 100,00	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 3 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme c) nein	d) 95,74 e) >= 90,00 % (Zielbereich) f) 95,65 / 95,82	g) 65 / 57 / 65 h) 87,69 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 77,55 / 93,63	k) A41 l) verschlechtert	m) Siehe Anmerkung 2 n) o)
a) Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	b) Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	d) 97,3 e) >= 95,00 % (Zielbereich) f) 97,14 / 97,45	g) 25 / 25 / 25 h) 100,00 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 86,68 / 100,00	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 2 n) o)

	c) nein				
a) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	b) Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben c) nein	d) 0,01 e) Sentinel-Event f) 0,01 / 0,01	g) 5179 / 0 / 5179 h) 0,00 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) 0,00 / 0,07	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 5 n) o)
a) Vorbeugung eines Druckgeschwürs	b) Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt c) nein	d) 0,95 e) <= 1,95 (Toleranzbereich) f) 0,94 / 0,96	g) 5179 / 45 / 43,46 h) 1,04 i) eingeschränkt/ nicht vergleichbar j) - / -	k) R10 l) unverändert	m) Siehe Anmerkung 4 n) o)

**Anmerkung 1:** Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

**Anmerkung 2:** Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

**Anmerkung 3:** Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

**Anmerkung 4:** Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

**Anmerkung 5:** Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

***C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung***

trifft nicht zu / entfällt

***C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V***

trifft nicht zu / entfällt

***C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")***

trifft nicht zu / entfällt

***C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V***

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der

Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):
15
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:
9
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:
9

\* 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](http://www.g-ba.de))