Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

Müllerstraße

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses 6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung 9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit 9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 10
A-10 Gesamtfallzahlen 10
A-11 Personal des Krankenhauses 11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen 11
A-11.2 Pflegepersonal 11
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik 12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal 12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 14
A-12.1 Qualitätsmanagement 14
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 14
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 16
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 18
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit 20
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt 22
A-13 Besondere apparative Ausstattung 22
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V 22
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 23
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 23
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 23
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 24
B-[1].1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 24
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 24
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 25
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 25
B-[1].6 Diagnosen nach ICD 25
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 25
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 25
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 25

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 25
B-[1].11 Personelle Ausstattung 26
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte 26
B-11.2 Pflegepersonal 26
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 27
Teil C - Qualitätssicherung 28
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 28
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 28
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 28
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V 28
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") 28
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V 28
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr 28
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 28

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19- Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA- Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit

Einleitungstext

Dem St. Hedwig-Krankenhaus ist eine Tagesklinik für die Versorgungsregion Wedding und Tiergarten angegliedert. Die Tagesklinik am Standort Müllerstraße umfasst 20 tagesklinische Plätze und richtet sich an Menschen mit seelischen Erkrankungen, die einer vollstationären Krankenhausbehandlung noch nicht oder nicht mehr bedürfen. Schwerpunktmäßig behandeln wir Personen mit

//// Depressionen

////Angststörungen

//// Schizophrenien

//// Psychosen

////manisch-depressive Erkrankungen.

Darüber hinaus gehört die Behandlung von psychosomatischen Störungen, psychosozialen Krisen und Persönlichkeitsstörungen, einschließlich Borderline- und Zwangsstörungen, zu unserem Spektrum. Die Tagesklinik Wedding arbeitet nach dem Konzept des Weddinger Modells mit Schwerpunkt auf dem Ansatz des Open Dialogue, welche auf Transparenz, multiprofessioneller Zusammenarbeit und trialogischer Behandlungsansätze basieren. Dies beinhaltet einen offenen Austausch zwischen Patient*innen und den Mitarbeitenden in allen Phasen der Behandlung. Das multiprofessionelle Team besteht aus ärztlichem und psychologischem Fachpersonal, Fachpflegekräften für Psychiatrie sowie Sozialarbeit und Ergotherapie. Das Team wird von einer Seelsorgerin und einer Physiotherapeutin unterstützt.

Den psychotherapeutischen Schwerpunkt der tagesklinischen Behandlung bilden die tiefenpsychologisch fundierten Einzel- und Gruppengespräche. Zusätzlich erfolgen medikamentöse, ergotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen.

Die Arbeitstherapie, welche auf die Entwicklung von Kompetenzen und Leistungsfähigkeit zielt, bildet einen Schwerpunkt der tagesklinischen Behandlung. Arbeit, Tätig sein und die Übernahme von alltagsrelevanten Aufgaben tragen zu einem wichtigen Teil der psychischen Gesundung bei.

Die Arbeitstherapie in der Tagesklinik findet in den Bereichen Hauswirtschaft, Papier/Textilwerkstatt und Holzwerkstatt statt. Sie wird von Fachpflegekräften und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten begleitet.

Das durch die Erkrankung erschütterte Selbstwertgefühl und das Zutrauen in die eigene Handlungsfähigkeit werden gestärkt. In der Arbeitstherapie erworbene Erfahrungen und Kompetenzen können in den individuellen Alltag übertragen und dort genutzt werden. Es sind keine Vorkenntnisse für die Teilnahme an der Arbeitstherapie nötig.

Der sozialarbeiterische Schwerpunkt findet in enger Vernetzung mit ambulanten Trägern im Bezirk statt.

Um den Anforderungen an ein funktionsfähiges QM- System gerecht zu werden, ist ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem nach der DIN EN ISO 9001 in der jeweils gültigen Fassung etabliert. Das St. Hedwig-Krankenhaus mit der Tagesklinik Müllerstraße ist seit 2013 erfolgreich zertifiziert und stellt sich jährlich den externen Überprüfungen.

Wichtig ist uns, Qualität zu definieren und messbar zu machen. Das erreichen wir einerseits durch Befragungen und - in deren Ergebnis - durch konkrete Verbesserungsmaßnahmen, andererseits durch Rückmeldungen im Rahmen unseres Beschwerdemanagements. Darüber hinaus gehen wir kontinuierlich und systematisch auf Wünsche, Interessen und Verbesserungsvorschläge unserer Patient*innen ein. Ein klinisches Risikomanagement ist installiert, welches uns die Möglichkeit gibt, klinische Risiken zu erfassen und zu überwachen.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Frau Andrea Steinfort
Position	Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement
Telefon	030 / 2311 - 2553
Fax	030 / 2311 - 2525
E-Mail	a.steinfort@alexianer.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Herr Alexander Grafe
Position	Regionalgeschäftsführer
Telefon.	030 / 2311 - 2552
Fax	030 / 2311 - 2525
E-Mail	s.thess-lawonn@alexianer.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/st_hedwig_krankenhaus/home/

Weitere Links	◦ http://www.alexianer.de

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	St. Hedwig-Krankenhaus
Institutionskennzeichen	261110027
Hausanschrift	Große Hamburger Straße 5-11 10115 Berlin
Postfach	Postfach 21 01 15 10501 Berlin
Telefon	030 / 2311 - 0
E-Mail	st.hedwig@alexianer.de
Internet	http://www.alexianer.de/home/

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Andreas Heinz	Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychsomatik	030 / 2311 - 2126	030 / 2311 - 2688	a.heinz@alexianer.de
Prof. Ralf Tunn	Ärztlicher Direktor	030 / 2311 - 2106	030 / 2311 - 2728	r.tunn@alexianer.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Ina Jarchov- Jadi	Pflegedirektorin	030 / 2311 - 2535	030 / 2311 - 2325	i.jarchov@alexianer.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Theresa von Knobelsdorff	Verwaltungsdirektorin	030 / 2311 - 2523	030 / 2311 - 2525	t.knobelsdorff@alexianer.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Müllerstraße
Institutionskennzeichen	261110027
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771894000
alte Standortnummer	01
Hausanschrift	Müllerstraße 56-58 13349 Berlin
Postanschrift	Müllerstraße 56-58 13349 Berlin
Internet	http://www.alexianer.de/home/

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Andreas Heinz	Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychsomatik	030 / 2311 - 2126	030 / 2311 - 2688	a.heinz@alexianer.de

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Ralf Tunn	Ärztlicher Direktor	030 / 2311 - 2106	030 / 2311 - 2728	r.tunn@alexianer.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Ina Jarchov- Jadi	Pflegedirektorin	030 / 2311 - 2535	030 / 2311 - 2325	i.jarchov@alexianer.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Theresa von Knobelsdorff	Verwaltungsdirektorin	030 / 2311 - 2523	030 / 2311 - 2525	t.knobelsdorff@alexianer.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Charité Universitätsmedizin Berlin

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Beratung durch Sozialdienst,Psychologen und Ärzte
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	durch Sozialdienst mit Schwerpunkt Wiedereingliederung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Nordic Walking,Herzkreis,ind.Physiotherapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Umsetzung eines sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements,u.a. im Rahmen sektorenübergreifender Case-Management-Projekte mit externen Partnern
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie in der ambulanten,teilstationären Behandlung psychiatrischer Patienten
MP25	Massage	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Manuelle Therapie, Einzel- und Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychotherapie
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	autogenes Training
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	Genußgruppe
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	"Ambulante Arbeitstherapie am anderen Ort"
MP63	Sozialdienst	besetzt mit Diplom-Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiterinnen mit Bachelor bzw. Master
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Vorträge und Informationsveranstaltungen, Unternehmenszeitschrift"Alexianer", Fachtagungen
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Abstimmungsgespräche zum Versorgungs- und Überleitungsmanagement,eigene ambulante psychiatrische Fachpflege (APP)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		individueller Besuch möglich,regelhaft 1xwöchentlich
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Führungen für Patienten und Angehörige wöchentlich
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Frau Andrea Steinfort
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement
Telefon	030 / 2311 - 2553
Fax	030 / 2311 - 2525
E-Mail	a.steinfort@alexianer.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung durch Mitarbeiter
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Gemeindedolmetscherdienst, interne Dolmetscherliste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	z.B. Griechisch, Türkisch, Englisch

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
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Akademisches Lehrkrankenhaus: Ausbildung der Studenten im PJ,Professuren aus allen Kliniken mit Lehrauftrag an der Charité
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Zusätzlich Möglichkeit zur Durchführung von Blockpraktika für Medizinstudenten in höheren Semestern
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Mitarbeiter sind Leiter an der Charitè; Leiter Forschungsgruppe
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Leitung mehrerer uni-/multizentrischer Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Am St. Hedwig-Krankenhaus wird eine Krankenpflegeschule mit 125 Ausbildungsplätzen betrieben.Zusätzlich wird ein duales Pflegestudium in Kooperation mit der Fensterakkon Hochschule Berlin und der Evangelischen Hochschule angeboten.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Am St. Hedwig-Krankenhaus wird eine Krankenpflegehelferschule mit 15 Ausbildungsplätzen betrieben

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	18

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	149
Ambulante Fallzahl	3268
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,8
Ambulante Versorgung	3,3
Stationäre Versorgung	1

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,8
Ambulante Versorgung	2,5
Stationäre Versorgung	0,8
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,30
Stationäre Versorgung	2,70

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	
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	2,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,15	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der Kooperationen mit der PUK Charitè
Ambulante Versorgung	1,00	
Stationäre Versorgung	1,40	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis haben Kooperationsvereinbarungen mit der PUK Charitè

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,4
Stationäre Versorgung	1,75

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,14

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	1,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,62
Stationäre Versorgung	0,80

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,5

Ambulante Versorgung	0,0
Stationäre Versorgung	0,5
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	**Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)**
Anzahl Vollkräfte	2,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,0
Ambulante Versorgung	0,4
Stationäre Versorgung	1,75
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	**Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)**
Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	**Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)**
Anzahl Vollkräfte	1,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,10
Ambulante Versorgung	0,85
Stationäre Versorgung	0,97
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	**Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)**
Anzahl Vollkräfte	1,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,62
Stationäre Versorgung	0,80
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Frau Andrea Steinfort
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement
Telefon	030 2311 2553
Fax	030 2311 2525
E-Mail	a.steinfort@alexianer.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	QM Team bestehend aus Oberärzten der Klinik für Innere Medizin, Klinik für Psychiatrie, Klinik für Chirurgie, Klinik für Urologie, Leitungen der Therapeutischen Dienste Somatik und Psychiatrie, Ltg. Pflege Somatik, Ltg. Pflege Psychiatrie, BL Pflege Anästhesie, Controlling, QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Frau Jennifer Maria Unger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	klinisches Risikomanagement,Qualitätssicherung
Telefon	030 2311 2595
Fax	030 2311 2525
E-Mail	j.unger@alexianer.de

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 – 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	Risiko-und Fehlermanagement 2023-05-10
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	VA Notfallversorgung, Einsatzplan im Alarmfall 2023-10-01
RM05	Schmerzmanagement	ausgebildete Pain Nurse,Schmerzskala, Schmerztherapie 2022-04-21
RM06	Sturzprophylaxe	angelehnt an Expertenstandard Sturzprophylaxe 2022-08-11

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	angelehnt an Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2022-04-10
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Zwangsmaßnahmen 2023-07-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA "Medizinprodukte" 2023-06-22
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	VA OP Statut 2021-09-01
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	VA OP Statut 2021-09-01
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Patientenidentifikationsbänder 2023-09-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Risiko-und Fehlermanagement 2023-05-10
RM18	Entlassungsmanagement	VA "Entlassmanagement" 2023-05-01

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Identifikationsarmbänder, Team Time Out im OP und in der Funktionsdiagnostik, strukturelle Anpassungen, Anpassung von Prozessen, Deeskalationstraining in der Psychiatrie und in ausgewählten Bereichen, regelmäßige Schulungen von hygienerelevanten Themen, regelmäßige Auswertung der Themenfelder in der Risikostatistik und im QM Team und QB Teamtreffen zu CIRS Eingaben

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2023-08-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	ja
Tagungsfrequenz	monatlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF00	Sonstiges CIRS Verbund 5 Alexianer Krankenhäuser und 5 Krankenhäuser der Paul-Gerhard Diakonie (PGD), zusätzlich CIRS medical Deutschland

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	6	40h Kurs
Hygienefachkräfte (HFK)	3	
Hygienebeauftragte in der Pflege	25	kontinuierliche Fortbildung als hygienebeauftragte Pflegekraft nach RKI Empfehlung (40h)
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Ralf Tunn
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	ärztlicher Direktor, Chefarzt Klinik für Urogynäkologie
Telefon	030 2311 2106
Fax	030 2311 2728
E-Mail	r.tunn@alexianer.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja

Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	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?	ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an 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 in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	45 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	155 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	ja

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	☐ CDAD-KISS ☐ HAND-KISS ☐ ITS-KISS ☐ MRSA-KISS ☐ OP-KISS	DAS KISS entspricht ITS KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	regionales MRE Netzwerk öffentliches Gesundheitswesen, Teilnahme NRZ	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Gold	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	monatlich	hauseigene zertifizierte ZSVA
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	quartalsweise	3 Schulungen über aktuelle Hygienethemen der Hygienebeauftragten durch Hygienefachkräfte, quartalsweise durch Hygienebeauftragte im eigenen Bereich (Multiplikator), anlassbezogene Schulungen (siehe QM-Statistik)

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	VA"Umgang mit Beschwerden, Hinweisen, Vorschlägen"inklusive Formblatt zur Aufnahme einer mündlichen Beschwerde
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Regelung innerhalb der Verfahrensanweisung
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Regelung innerhalb der Verfahrensanweisung

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Bei Eingang einer schriftlichen Beschwerde erfolgt eine schriftliche Eingangsbestätigung durch das Qualitätsmanagement. Die Rückmeldung, eine Stellungnahme oder die Einladung zu einem persönlichen Gespräch erfolgt in der Regel innerhalb von 2 Wochen. Zur Überprüfung der zeitlichen Zielerreichung dient eine Statistik innerhalb der Risikoauswertung.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	Beauftragte für Qualitätsmanagement
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	ja	Im Internetauftritt, Briefkasten im Haupthaus https://lob-kritik-st-hedwig.alexianer.de/
Patientenbefragungen	ja	Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich. Die ausgefüllten Bögen werden täglich gesichtet und bei unmittelbarem Handlungsbedarf werden sofort Maßnahmen eingeleitet. Die Auswertung erfolgt elektronisch durch das Qualitätsmanagement und wird quartalsweise an das Krankenhausdirektorium, alle Chefärzte und alle Stationsleitungen und Bereichsleitungen weitergegeben. Veränderungsbedarf wird zeitnah ausgewertet und angepasst.
Einweiserbefragungen	ja	2019 hausweit durchgeführt. Aktuell Austausch zwischen den Klinikärzten (Oberarzt/CA Ebene) in Gesprächen vor Ort (Praxen), hausweite Einweiserbefragung geplant.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Andrea Steinfort	Qualitätsmanagerin,Risikomanagement,Beschwerdemanagement	030 2311 2553	030 2311 2525	a.steinfort@alexianer.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Irene Rollka	bis Juni Patientenfürsprecherin in der Psychiatrie, vertritt Interessen der Patienten, prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden	030 2311 2323	030 2311 2525	s.thess-lawonn@alexianer.de
Herr Alexander Klemz	ab Juni Patientenfürsprecher in der Psychiatrie, vertritt Interessen der Patient*innen,prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden	030 2311 2323	030 2311 2525	patientenfuehrsprecher-psy-shk@berlin.de

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Heike Brodowski	Patientenfürsprecherin in der Somatik,vertritt Interessen der Patienten,prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden	030 2311 2552	030 2311 2525	patientenfuersprecherin-somatik-shk@alexianer.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	keine Person benannt

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4
Kommentar/ Erläuterung	Fachapotheker klinische Pharmazie, Fachapotheker für Onkologie ,Fachapotheker Infektiologie, Fach - PTA Onkologie

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Bestellung über Muse	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung des Medikationsplans bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Nein	Konzernweite zentrale Steuerung. Regelmäßige Präventionsschulungen (je 1x / Quartal), einmalige Teilnahme verpflichtend für alle Mitarbeitende. Einführung in das Thema über das Einarbeitungskonzept. Alle wichtigen Informationen / Unterlagen zum Thema im Intranet aufgeführt. Regionale Präventionsbeauftragte / Vertrauensperson bei Fragen / Themen für die Mitarbeitenden.
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet.

Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe	

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Felix Bermpohl
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	030 / 2311 - 2904
Fax	030 / 2311 - 2750
E-Mail	d.rosenthal@alexianer.de
Strasse / Hausnummer	Große Hamburger Str. 5-11
PLZ / Ort	10115 Berlin
URL	

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	Bipolare Störung, ADHS, transkulturelle Psychiatrie, Sprechstunde für das begleitete Absetzen von psychiatrischen Medikamenten
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik, Doppeldiagnosen, Behandlung von nicht-muttersprachlichen Patienten

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	149

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)		PIA Telefon: (030) 2311 1320

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	4,3	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,8	
Ambulante Versorgung	3,3	
Stationäre Versorgung	1	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der Kooperationen mit der PUK Charitè
Fälle je VK/Person		

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,3	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,8	
Ambulante Versorgung	2,5	
Stationäre Versorgung	0,8	aufgrund der Kooperation mit der Charité wird das akademische Personal, im Rahmen der PUK Charité von dort gestellt
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
Nr.	**Zusatz-Weiterbildung**	**Kommentar / Erläuterung**
ZF02	Akupunktur	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	2,30	
Stationäre Versorgung	2,70	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Fachpflegeausbildung für Psychiatrie
Nr.	**Zusatzqualifikation**	**Kommentar / Erläuterung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP24	Deeskalationstraining	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,15	
Ambulante Versorgung	1,00	
Stationäre Versorgung	1,40	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der Kooperationen mit der PUK Charitè
Fälle je VK/Person		

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,4
Stationäre Versorgung	1,75
Fälle je VK/Person	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,14
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,14
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,14
Fälle je VK/Person	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	1,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,62
Stationäre Versorgung	0,80
Fälle je VK/Person	

Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 136a und § 136b 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 / 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)	4
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	2
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt