

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Müllerstraße

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 03.11.2025 um 12:07 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

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 und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	12
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....	12
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	13
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	13
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	15
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	15
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	15
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	19
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....	20
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	22
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	23
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V.....	23
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.....	25
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	26
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	26
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	26
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	27
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	27
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	27
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	27
B-[1].11 Personelle Ausstattung.....	28
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	28
B-11.2 Pflegepersonal.....	28
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	29
Teil C - Qualitätssicherung.....	31
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	31
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	31

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	31
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	31
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung").....	31
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	31
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	31
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	31

Einleitung

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

//// Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

//// 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 dialogischer 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 Gesundheit 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 Jennifer Unger
Position	Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon	030 / 2311 - 2595
Fax	030 / 2311 - 2525
E-Mail	j.unger@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 Str. 5-11 10115 Berlin
Postfach	210115 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 Psychosomatik	030 / 2311 - 2126	030 / 2311 - 2688	a.heinz@alexianer.de
Dr. Christian Klopff	Ärztlicher Direktor seit dem 01.07.2024	030 / 2311 - 2509	030 / 2311 - 2434	c.klopff@alexianer.de
Prof. Ralf Tunn	Ärztlicher Direktor bis 30.06.2024	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
Herr Bernd Löser	Kaufmännischer Direktor seit dem 01.07.2024	030 / 2311 - 2523	2311 / 2311 - 2525	b.loeser@alexianer.de
Frau Theresa von Knobelsdorff	Verwaltungsdirektorin bis 15.04.2024	030 / 2311 - 2523	030 / 2311 - 2525	t.knobelsdorff@alexianer.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Psychiatrische Tagesklinik der Alexianer Tagesklinik Wedding
Institutionskennzeichen	261110027
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771894000
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 Psychosomatik	030 / 2311 - 2126	030 / 2311 - 2688	a.heinz@alexianer.de
Dr. Christian Klopff	Ärztlicher Direktor seit dem 01.07.2024	030 / 2311 - 2509	030 / 2311 - 2434	c.klopff@alexianer.de
Prof. Ralf Tunn	Ärztlicher Direktor bis 30.06.2024	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
Herr Bernd Löser	Kaufmännischer Direktor seit dem 01.07.2024	030 / 2311 - 2523	030 / 2311 - 2525	b.loeser@alexianer.de
Frau Theresa von Knobelsdorff	Verwaltungsdirektorin bis 15.04.2024	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 in der 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 Patient*innen
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychotherapie
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	autogenes Training
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	Achtsamkeitsgruppe
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	"Ambulante Arbeitstherapie am anderen Ort"
MP63	Sozialdienst	besetzt mit Diplom-Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialarbeiter*innen 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		im Rahmen des Therapieprogramms Informationsveranstaltungen
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Empfehlung SEKIS bei Bedarf
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		im Rahmen der Arbeitstherapie Hauswirtschaft auch zum Beispiel vegane Gerichte möglich

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	Menschen mit Einschränkungen und oder diversen Geschlecht, Waschbecken und Spiegel tiefer
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Begleitung durch Mitarbeitende
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Gemeindedolmetscherdienst, interne Dolmetscherdienste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	z.B. Griechisch, Türkisch, Norwegisch, 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	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Akademisches Lehrkrankenhaus: Ausbildung der Studierenden im PJ, Professuren aus allen Kliniken mit Lehrauftrag an der Charité

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Zusätzlich Möglichkeit zur Durchführung von Blockpraktika für Medizinstudent*innen in höheren Semestern
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Mitarbeitende sind Leiter*innen an der Charité, Leiter*innen 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
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Am St. Hedwig-Krankenhaus wird eine Akademie mit 53 Ausbildungsplätzen betrieben
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Am St. Hedwig-Krankenhaus wird eine Akademie für Pflegeberufe mit 216 Ausbildungsplätzen betrieben.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	21
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	163
Ambulante Fallzahl	3759
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)	4,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,16
Ambulante Versorgung	3,24
Stationäre Versorgung	1,42

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,16
Ambulante Versorgung	3,24
Stationäre Versorgung	1,42
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

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)	5,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	1,63
Stationäre Versorgung	3,87

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,05
Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

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

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,36
Ambulante Versorgung	0,75
Stationäre Versorgung	1,36

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,47

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,1
Stationäre Versorgung	1,52

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	2,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,31
Stationäre Versorgung	0,8

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen	
-----------------	--

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	1,62
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,1
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,52
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Musiktherapeutin und Musiktherapeut (SP16)
Anzahl Vollkräfte	0,33
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,33
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,09
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,24
Kommentar / Erläuterung	

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

Kommentar / Erläuterung

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	2,11
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,36
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,75
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,36
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	2,11
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,11
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	1,31
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,8
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, Risikomanagement
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 Oberärzt*innen 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 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 2024-02-21
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	VA Notfallversorgung, Einsatzplanung im Alarmfall 2024-03-01
RM05	Schmerzmanagement	ausgebildete Pain Nurse, Schmerzskala, Schmerztherapie 2024-03-25
RM06	Sturzprophylaxe	angelehnt an Expertenstandard Sturzprophylaxe 2024-04-14

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	angelehnt an Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2024-06-21
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	VA Zwangsmaßnahme 2023-07-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA Umgang mit Vorkommnissen 2023-07-01
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 Patientenverwechslungen	Patientenidentifikationsarmbänder 2024-03-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Risiko- und Fehlermanagement 2024-02-21
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	2025-06-12
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	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

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	8
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	61
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	☒ Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Christian Klopff
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	ärztlicher Direktor, Chefarzt Klinik für Urologie
Telefon	030 / 2311 - 2633
Fax	030 / 2311 - 2434
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: Kopfhäube	☒ 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 Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor? ☒ ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe ☒ ja

Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) ☒ ja

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe? ☒ ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? ☒ Ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft? ☒ 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 Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? ☒ Nein

Ist eine Intensivstation vorhanden? ☒ Nein

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 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 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	☒ HAND-KISS ☒ ITS-KISS ☒ MRSA-KISS ☒ OP-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	halbjährlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	quartalsweise	3 Schulungen und eine Ganztagsschulung über aktuelle Hygienethemen der Hygienebeauftragten durch Hygienefachkräfte, quartalsweise durch Hygienebeauftragte im eigenen Bereich (Multiplikator), anlassbezogene Schulungen (siehe QM-Statistik), Pflichtfortbildung einmal jährlich online Basishygiene alle Mitarbeitende

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

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

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt ☒ Ja

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	☒ Ja	Internetauftritt, Briefkasten im Haupthaus
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 Chefarzte und alle Stationsleitungen und Bereichsleitungen weitergegeben. Veränderungsbedarf wird zeitnah ausgewertet und angepasst.
Einweiserbefragungen	☒ Ja	Einweiserbefragungen in definierten Bereichen und Austausch zwischen den Klinikärzten (Oberarzt/CA Ebene) in Gesprächen vor Ort (Praxen).

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Andrea Steinfert	Qualitätsmanagement und Beschwerdemanagement	030 / 2311 - 2553	030 / 2311 - 2525	a.steinfert@alexianer.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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	patientenfuehrspecheri n-somatik- shk@alexianer.de
Herr Alexander Klemz	Patientenfürsprecher für den Bereich Psychiatrie, vertritt Interessen der Patient*innen, prüft Anregungen, Bitten und Beschwerden	030 / 2311 - 2323	030 / 2311 - 2525	patientenfuehrspecher -psy-shk@berlin.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, zum Beispiel 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, gegebenenfalls 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
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		
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 Teil A § 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 unter anderem 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

Um sexuelle Grenzverletzungen gegenüber Schutzbefohlenen innerhalb unserer Einrichtungen zu verhindern, haben wir uns festen Regeln verpflichtet. Sie sind in der Leitlinie zur „Prävention von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen und Verhalten bei Missbrauchsfällen in den Einrichtungen und Diensten der Alexianer GmbH“ festgeschrieben. Es wird eine Vertrauenspers./Präventionsbeauftragte, Integrationsbeauftragte u. Beauftragte für Toleranz und Vielfalt für die St. Hedwig Kliniken vorgehalten.

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

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 3 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

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Angaben zur Fachabteilung

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

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Felix BERPPOHL
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 ☒ Ja

Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die

Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

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	Spezialprechstunde	Bipolare Störung, ADHS, transkulturelle Psychiatrie, Sprechstunde für das begleitete Absetzen von psychiatrischen Medikamenten
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik, Doppeldiagnosen, Behandlung von nichtmuttersprachlichen Patienten

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	163

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	54	Rezidivierende depressive Störung
F32	32	Depressive Episode
F41	26	Andere Angststörungen
F20	20	Schizophrenie
F43	7	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F25	5	Schizoaffektive Störungen
F22	< 4	Anhaltende wahnhafte Störungen
F23	< 4	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F31	< 4	Bipolare affektive Störung
F60	< 4	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F06	< 4	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F12	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F19	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F21	< 4	Schizotype Störung
F29	< 4	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F40	< 4	Phobische Störungen
F70	< 4	Leichte Intelligenzminderung

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeboteene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	4,66	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,16	
Ambulante Versorgung	3,24	
Stationäre Versorgung	1,42	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der Kooperationen mit der PUK Charité
Fälle je VK/Person		

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,66	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,16	
Ambulante Versorgung	3,24	
Stationäre Versorgung	1,42	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		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,63
Stationäre Versorgung	3,87
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,05
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	1,05	
Stationäre Versorgung	0	
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	
Nr.	Zusatzqualifikation	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	2,11	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,36	
Ambulante Versorgung	0,75	
Stationäre Versorgung	1,36	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der Kooperationen mit der PUK Charité
Fälle je VK/Person		

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte	0,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,47	
Fälle je VK/Person		

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,62	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,1	
Stationäre Versorgung	1,52	
Fälle je VK/Person		

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	2,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,31
Stationäre Versorgung	0,8
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 § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b 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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt