

SAATMANN
Qualitätssicherung im Krankenhaus

Strukturierter Qualitätsbericht
Standort Beeskow

Berichtsjahr 2018

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung	26
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	27
B-1	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie TK Beeskow	27
C	Qualitätssicherung	36
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	36
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	36
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	37
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	37

D Qualitätsmanagement 38

D-1 Qualitätspolitik 38

D-2 Qualitätsziele 38

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 38

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements..... 38

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte..... 38

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 38

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Purps
Telefon	03364/54-3710
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Elke.Purps@khehst.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Till Frohne
Telefon	03364/54-3701
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Till.Frohne@khehst.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.khehst.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.khehst.de>

Link	Beschreibung
http://www.khehst.de	

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Tagesklinik in Beeskow.

Der Ihnen vorliegende Bericht umfasst das Jahr 2018. Dieser Bericht hat eine gesetzlich vorgegebene Struktur und ist Teil der Gesamtberichterstattung der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH.

Die Tagesklinik in Beeskow ist Teil der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH und berücksichtigt die möglichst wohnortnahe Versorgung.

Auf Basis einer humanitären und wissenschaftlich begründeten Grundhaltung, die den Menschen in einer angestrebten Einheit von Biologischem, Psychischem und Sozialem betrachtet und daraus folgend einer multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen sieht, setzen wir auf die Förderung gesunder Möglichkeiten der uns anvertrauten Patienten.

Selbstbestimmung, Eigenverantwortlichkeit und Würde des Einzelnen stehen im Vordergrund. Die therapeutische Beziehung ist Basis unserer Behandlungen. Als Grundlage für alle Mitarbeiter werden Empathie, Kompetenz, Verständnis, Toleranz, Verlässlichkeit vorausgesetzt.

Eine personelle Behandlungskontinuität, die wir über das Bezugstherapeutesystem erreichen wollen, ist eine weitere wesentliche Voraussetzung für den therapeutischen Beziehungsaufbau.

Wir danken allen Patienten, Kooperationspartnern, niedergelassenen Ärzten, Einweisern, ambulanten Einrichtungen, interessierten Bürgern und unseren Mitarbeitern, die die positiven Ergebnisse durch Lob- und Hinweise aktiv mitgestalten.

Für Rückfragen oder weitere Informationen bitten wir Sie, Kontakt mit uns aufzunehmen. (krankenhauseisenhuettenstadt@khehst.de).

Weitere Informationen erhalten Sie über:

Internet www.khehst.de; Klinikflyer

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH
Hausanschrift	Friedrich-Engels-Straße 39 15890 Eisenhüttenstadt
Telefon	03364/54-50
Fax	03364/54-3705
Postanschrift	Postfach 7255 15890 Eisenhüttenstadt
Institutionskennzeichen	261200286
Standortnummer	99
URL	http://www.khehst.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Dirk Hinz
Telefon	03364/54-3151
Fax	03364/54-3158
E-Mail	Dirk.Hinz@khehst.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Andrea Hirsch
Telefon	03364/54-3420
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Andrea.Hirsch@khehst.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr Udo Jähnisch
Telefon	03364/54-3707
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Udo.Jaehnisch@khehst.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH
Hausanschrift:	Schützenstraße 28B 15848 Beeskow
Telefon:	03366/52028-10
Fax:	03366/52028-21
Postanschrift:	Schützenstraße 28B 15848 Beeskow
Institutionskennzeichen:	261200286
Standortnummer:	02
URL:	http://www.khehst.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Dirk Hinz
Telefon	03364/54-3151
Fax	03364/54-3158
E-Mail	Dirk.Hinz@khehst.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Andrea Hirsch
Telefon	03364/54-3423
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Andrea.Hirsch@khehst.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr Udo Jähnisch
Telefon	03364/54-3707
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Udo.Jaehnisch@khehst.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdiens
MP63	Sozialdienst
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP27	Musiktherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		http://www.khehst.de
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,00€ Kosten pro Tag maximal: 0,00€	http://www.khehst.de
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF24	Diätetische Angebote
BF25	Dolmetscherdienst
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	354

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	166
Ambulante Fallzahl	885

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologen(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
Nicht Direkt	0	

- A-11.4 **Spezielles therapeutisches Personal**
- A-12 **Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**
- A-12.1 **Qualitätsmanagement**
- A-12.1.1 **Verantwortliche Person**

Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Purps
Telefon	03364/54-3710
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Elke.Purps@khehst.de

A-12.1.2 **Lenkungsgremium**

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztlicher Leiter, Betriebsratsvorsitzende, Personalleiterin, Pflegedienstleiterin, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung sowie der Verwaltungsleiter
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

A-12.2.1 **Verantwortliche Person**

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Purps
Telefon	03364/54-3710
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Elke.Purps@khehst.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium**Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe****Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe** Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement**Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche** Ärztlicher Leiter, Betriebsratsvorsitzende, Personalleiterin, Pflegedienstleiterin, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung sowie der Verwaltungsleiter**Tagungsfrequenz des Gremiums** monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: QM- Portal Datum: 24.02.2017
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Krankenhausalarmplan Datum: 11.05.2017
RM05	Schmerzmanagement	Name: Expertenstandard "Schmerzmanagement" in der Pflege Datum: 03.05.2018
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM- Portal Datum: 24.02.2017
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: QM- Portal Datum: 02.02.2017
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Dienstanweisung "Dokumentation von Fixierungen und Isolierungen" Datum: 11.11.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Dienstanweisung zum Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten Datum: 21.09.2018
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensanweisung "Patientenarmbänder" Datum: 13.01.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Pflegempfehlungen zur Überwachung im Aufwachraum und zur Übernahme von Patienten Datum: 01.06.2018
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege" Datum: 10.12.2017

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patientensicherheit	Ergänzung der Checkliste vor Bluttransfusionen Verfahrensanweisung zur Befundsicherung

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.12.2017
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**A-12.3.1 Hygienepersonal**

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Das Krankenhaus hat einen Beratungsvertrag, im Sinne der Hygiene- und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (MedHygV), abgeschlossen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	23	zusätzlich sind Hygienebeauftragte in der Abteilung Physiotherapie, ZSVA und MVZ benannt

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	jährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Vorsitzender der Hygienekommission
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Hinz
Telefon	03364/54-3150
Fax	03364/54-3158
E-Mail	intensivmedizin@khehst.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 *Händedesinfektion*

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	33,40 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	139,40 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS	Für CDAD und MRSA wird monatlich KISS analog ausgewertet
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Teilnahme am regionalen MRSA-Netzwerk Oder-Spree Jährliche Teilnahme am KISS-Erfahrungsaustausch	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		4x jährlich
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	

A-12.4 **Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Lobe, Kritiken und Hinweise für Verbesserungen können von jedem Patienten mündlich, auf einem standardisierten Formular oder anonym mitgeteilt werden. Darüber hinaus sind auch Mitteilungen über den elektronischen Postweg möglich.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Eine verbindliche Verfahrensanweisung ist etabliert. Regelmäßige Auswertungen finden statt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	In der bestehenden Verfahrensanweisung ist die Bearbeitung von schriftlichen Beschwerden geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Zeitziele der Rückmeldungen sind mit 3 Tagen nach Eingang der Beschwerde angegeben (außer Wochenende und Feiertage).

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	http://www.khehst.de
Kommentar	Auch die Einweiser nutzen den Weg der telefonischen oder schriftlichen Rückmeldungen.

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	http://www.khehst.de
Kommentar	Die Ergebnisse der fortlaufenden Patientenbefragungen werden für alle Mitarbeiter zugänglich im QM- Portal dargestellt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	http://www.khehst.de
Kommentar	Anonyme Meldungen sind möglich und werden erfasst. Sie fließen in die regelmäßigen Auswertungen ein.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Funktion	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke Purps
Telefon	03364/54-3710
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Elke.Purps@khehst.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Ärztlicher Qualitätsmanagementverantwortlicher
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Hinz
Telefon	03364/54-3151
Fax	03364/54-3158
E-Mail	Dirk.Hinz@khehst.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.khehst.de
Kommentar	Die Ansprechbarkeit ist jederzeit gegeben. Zuständigkeiten sind geregelt.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Iris Kowalewski
Telefon	03364/54-3719
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Patientenfürsprecher@khehst.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

Kommentar	Die Patientenfürsprecherin ist jeden Donnerstag in der Zeit von 15.00 Uhr bis 16.00 Uhr im Haus. Ergebnisse von eingehenden Hinweisen fließen in die Gesamtbewertung ein.
------------------	---

Patientenfürsprecher leisten mit ihrem ehrenamtlichen Engagement einen wesentlichen Beitrag, um die Patientenrechte in der klinischen Versorgung zu stärken. Frau Rabethge steht seit April 2017 den Patienten als Ratgeberin zur Seite.

Sprechstundenzeiten: Jeden Dienstag in der Zeit von 15.30 Uhr bis 16.30 Uhr.

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Leitende Apothekerin
Titel, Vorname, Name	Frau Constanze Friedow
Telefon	03364/5439-61
E-Mail	constanze.friedow@khehst.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	2
Weiteres pharmazeutisches Personal	2

Erläuterungen
Die Belieferung des Standortes in Beeskow erfolgt durch die Apotheke in Eisenhüttenstadt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Checkliste zur Arzneimitteltherapiesicherheit vom Aktionsbündnis für Patientensicherheit	weitere Verfahrensanweisungen: - die 10 "R" Regel, - "Sichere Medikation" - Verkehr mit Arzneimitteln
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit	siehe AS 05
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung	
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	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Nutzung der Untersuchungsmethoden der radiologischen Praxis im Krankenhaus.
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	Interdisziplinäre Nutzung: Anzahl: 1 Gerät
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	Die Nutzung der Untersuchungsmethoden erfolgt in der Radiologischen Praxis im Krankenhaus und ist durch einen Kooperationsvertrag geregelt.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie TK Beeskow

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Der mehrdimensionale Diagnose- und Behandlungsprozess, der biologische, psychologische und soziale Faktoren für die Auslösung psychischer Erkrankungen berücksichtigt, fordert entsprechende biologische, einschließlich psychopharmakologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionsebenen in einem individuellen Behandlungskonzept. Dieses orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie und den Leitlinien der American Psychiatric Association und wird in einem individuellen Behandlungsplan erarbeitet. Die Behandlung erfolgt mit einem multiprofessionellem Team bestehend aus: Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Ergo- und andere Spezialtherapeuten sowie Sozialarbeitern.

In dem sozialpsychiatrischen Rahmen sind biologische, einschließlich pharmakologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Konzepte integriert. Besonders für chronisch Kranke ist in den Fragen des Wohnens und der Weiterbetreuung die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen notwendig. Die Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen in den diagnostischen und therapeutischen Prozess ist selbstverständlich.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie TK Beeskow
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. univ. Konrad Uebelhack
Telefon	03364/54-3851
Fax	03364/54-3867
E-Mail	psychiatrie@khehst.de
Straße/Nr	Schützenstraße 28B
PLZ/Ort	15848 Beeskow
Homepage	http://www.khehst.de

Ansprechpartner für die genannten Bereiche sind:

Oberärztin Frau Beata Maciejewska; PTK in Beeskow
 verantwortliche Leitungskräfte/Pflege:
 Psychiatrische Tagesklinik:
 Herr Andreas Grohme in Beeskow
 Psychiatrische Institutsambulanz:
 Frau Gabriele Unruh in Beeskow

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Die affektiven Störungen umfassen: Depressionen, Manie oder bipolare Störungen im Sinne eines wechselnden Krankheitsbildes zwischen dem Pol Depression und dem Pol Manie. Bei unipolaren Depressionen wird eine Schlafentzugstherapie angeboten.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Diagnostik: ausführliche medizinisch-psychiatrische Untersuchungen, testpsychologische Untersuchungen, eventuell weiterführende radiologische Untersuchungen. Neben der medikamentösen Therapie werden u.a. Aktivierungstrainingsmaßnahmen und kognitives Training durchgeführt.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Einzelphysiotherapie, Entspannungstraining, Gestaltungstherapie, Gruppenpsychotherapie, Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Kunsttherapie, psychosomatisch-psychodynamische Diagnostik, psychotherap. Begleitung, medikamentöse Behandlung, Physiotherapie, Stressbewältigung

VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	umfassende ergänzende Maßnahmen (Erhebung der Angaben über die Vorgeschichte und Entw. der Persönlichkeitsstruktur), ggf. spezielle testpsychol. Verfahren Psychotherapie, Pharmakoth. der begleitenden, meist zur Behandlung führenden psychischen Störungen; Verhaltensth./psychodynamische Behandlung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Einzel- und Gruppengesprächsth., Entzugssyndrom bei Med.-abhängigkeit, Konsum von illeg. Drogen aller Art, Ergo- u. Bewegungsth., medik. Entzugsbehandlungen, Mitbeh. somatischer Erkrankungen, Psychodiagnostik, Psychoedukation, psychovegetatives Entzugssyndrom, Suchterkrankungen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Geneserhebung, Diagn. Maßnahmen mit testpsych., körperl.-neurolog. Unters., Labor, Konsiliartätigkeit im Haus (Behandlung von Schmerzpat., psychoonkolog. Betreuung) und KH Beeskow Psychopharmakoth., Einzel- u. Gruppenpsychoedukation, Ergo-, Kunst-, Physioth., Sozial- und Psychoth.
VP12	Spezialsprechstunde	Gedächtnissprechstunde, offenes Atelier "Lust auf Kunst", Konsiliartätigkeit für alle Kliniken des Krankenhauses sowie der Krankenhäuser in Beeskow und Bad Saarow

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angebote sind in A 7 beschrieben.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	166

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	56	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	39	Depressive Episode
3	F41	13	Andere Angststörungen
4	F20	12	Schizophrenie
5	F43	12	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
6	F25	6	Schizoaffektive Störungen
7	F31	6	Bipolare affektive Störung
8	F40	4	Phobische Störungen
9	F45	4	Somatoforme Störungen
10	F06	< 4	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	3653	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	155	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-980	147	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
4	9-982	7	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
5	1-207	< 4	Elektroenzephalographie (EEG)
6	3-200	< 4	Native Computertomographie des Schädels
7	3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8	6-006	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6
9	9-984	< 4	Pflegebedürftigkeit

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	Frau OÄ Maciejewska

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 0,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,96	
Nicht Direkt	0	

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (QS-Verfahren) ermöglichen.

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.6 Übergangsregelung

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	1
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	1

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-2 Qualitätsziele

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.