Bezirk Unterfranken

Strukturierter Qualitätsbericht BKH-Lohr, Sozialzentrum am Rosensee, Aschaffenburg

Berichtsjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

- Einleitung ... 4

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts ... 6

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses ... 6

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers ... 9

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ... 9

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 11

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ... 12

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ... 13

A-9 Anzahl der Betten ... 13

A-10 Gesamtfallzahlen ... 14

A-11 Personal des Krankenhauses ... 14

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ... 20

A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 33

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ... 33

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen ... 34

B-1 Sozialzentrum am Rosensee ... 34

C Qualitätssicherung ... 42

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ... 42

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ... 42

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ... 42

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 42

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ... 42

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ... 42

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 42

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 42

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 43

D Qualitätsmanagement 44

D-1 Qualitätspolitik 44

D-2 Qualitätsziele 45

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 46

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 47

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 49

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 50

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitätsmanagementleitung
Titel, Vorname, Name	Diplom Pflegewirtin (FH) Susanne Vater
Telefon	09352/503-20101
Fax	09352/503-20000
E-Mail	susanne.vater@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Verwaltungsfachwirt Bernd Ruß
Telefon	09352/503-20001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	bernd.russ@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: http://sozialzentrum-am-rosensee.bezirk-unterfranken.de
Link zu weiterführenden Informationen: http://www.bezirkskrankenhaus-lohr.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	BKH Lohr, Sozialzentrum am Rosensee
Hausanschrift	Am Sommerberg 21 97816 Lohr
Zentrales Telefon	09352/503-0
Fax	09352/503-20000
Zentrale E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de
Postanschrift	Am Sommerberg 21 97816 Lohr
Institutionskennzeichen	260960616
URL	https://www.bezirkskrankenhaus-lohr.de/

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-30001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-0
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Diplom-Pflegewirtin (FH) Marianne Schaffarczik
Telefon	09352/503-33001
Fax	09352/503-33000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Verwaltungsfachwirt Bernd Ruß
Telefon	09352/503-20001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	BKH-Lohr, Sozialzentrum am Rosensee, Aschaffenburg
Hausanschrift:	Siegfried-Rischar-Straße 2-8 63743 Aschaffenburg
Telefon:	06021/902-0
Fax:	06021/902-299
Postanschrift:	Siegfried-Rischar-Straße 2-8 63743 Aschaffenburg
Institutionskennzeichen:	260960616
Standortnummer aus dem Standortregister:	771118000
Standortnummer (alt)	02
URL:	https://sozialzentrum-am-rosensee.bezirk-unterfranken.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-30001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Diplom-Pflegewirtin (FH) Marianne Schaffarczik
Telefon	09352/503-33001
Fax	09352/503-33000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Krankenhausdirektor
Titel, Vorname, Name	Verwaltungsfachwirt Bernd Ruß
Telefon	09352/503-20001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Bezirk Unterfranken
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	z. B. in der Suchtbehandlung, zur Unterstützung bei Entspannungsverfahren, bei Schlafstörungen
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Angehörigengruppen zum Informationsaustausch und Beratung
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Expertenstandard (DNQP) Entlassungsmanagement ist implementiert

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Handlungsfähigkeit des Patienten steht in der Ergo-und Arbeitstherapie im Mittelpunkt und wird durch verschiedene kreative-handwerkliche Medien sowie Gruppenformen unterstützt.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Organisationsform des Pflegedienstes: Bezugspflegesystem
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Expertenstandard (DNQP) Förderung der Harnkontinenz ist implementiert
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	Singgruppe in der GerontoTagesklink
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Aromapflege in folgenden Anwendungsformen: Fußbäder, Waschungen, Raum Duft, Einreibungen, Unterstützung bei Entspannungsverfahren, Wickel und Auflagen
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Sturzprophylaxe im Rahmen der Implementierung des Expertenstandards (DNQP) Sturzprophylaxe
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	Weitergebildete Schmerzexperten stehen zur Verfügung; Implementierung des Expertenstandards (DNQP) Schmerzmanagement
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Muskelrelaxation nach Jacobson

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegerische Beratung, Pflegeexperten
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Ganzheitliches Gedächtnistraining in Einzel- und Gruppenangeboten; vorhanden. Die kognitiven Fähigkeiten werden auch im Rahmen der Ergo-und Arbeitstherapie durch computergestützte Verfahren trainiert und ermittelt.
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Kulturprogramm
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Ambulante psychiatrische Pflege wird angeboten

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM07	Rooming-in		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM50	Kinderbetreuung		

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Ausgezeichnet vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

Anmerkung: Schließung der Kriseninterventionsstation am 18.10.2022

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Margot Walter
Telefon	09352/503-0
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	afghanisch albanisch arabisch aserbeidschanisch bulgarisch engl. franz. hausa hindi italienisch indonesisch litauisch niederl. persisch polnisch portugiesisch rumänisch russisch norwegisch dänisch schwedisch slowakisch slowenisch spanisch tagalog tailändisch tschechisch türkisch ukrainisch ungarisch
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF38	Kommunikationshilfen	Digitales Übersetzungssystem

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Im Anschluss an diese Ausbildung bieten wir die 2-jährige, berufsbegleitende Fachweiterbildung „Gesundheits- und Krankenpflege für Psychiatrie (DKG)“ an.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	8

Diese 8 Betten waren bis 15.10.22 in Betrieb

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	200
Teilstationäre Fallzahl	332
Ambulante Fallzahl	11543
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,65	
Ambulant	8,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,49	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	3,9	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,9	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 19,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,22	
Ambulant	3,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,26	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 4,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,22	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,76	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,15	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,03	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,23	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	2,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 4,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,22	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,76	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,03	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,23	
Nicht Direkt	0	

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Anzahl Vollkräfte: 0,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,09	
Ambulant	0,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,11	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,15	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	2,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 0,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,06	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementleitung
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pflegewirtin (FH) Susanne Vater
Telefon	09352/503-20101
E-Mail	susanne.vater@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Krankenhausdirektor, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektorin, Qualitätsmanagementleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Psychologe
Titel, Vorname, Name	Dr. Carsten Pohl
Telefon	09352/503-0
E-Mail	carsten.pohl@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Krankenhausdirektor, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektorin, Qualitätsmanagementleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagementkonzept liegt vor Datum: 14.04.2020	Abbildung über Qualitätsmanagemen ntdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM03	Mitarbeiterbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung Notfallversorgung im BKH Datum: 19.09.2023	Abbildung über Qualitätsmanagemen ntdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzmanagement (Prozessbeschreibung) Datum: 18.10.2018	Abbildung über Qualitätsmanagemen ntdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Sturzprophylaxe (Prozessbeschreibung) Datum: 30.01.2023	Abbildung über Qualitätsmanagemen ntdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Dekubitusprophylaxe (Prozessbeschreibung) Datum: 23.11.2022	Abbildung über Qualitätsmanagemen ntdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Dienstanweisung Fixierung Datum: 16.07.2019	Abbildung über Qualitätsmanagementdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Notfallmanagement bei Defekt eines Gerätes (Labor) Datum: 18.10.2019	Abbildung über Qualitätsmanagementdokumentation; Aktualisierung erfolgt fortlaufend in festgelegten Abständen.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagementkonzept liegt vor Datum: 14.04.2020	Betreffende Formblätter und Informationsschreiben für die Patienten befinden sich im Krankenhausinformationssystem (Orbis/ Nice)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Kooperationsvertrag BKH Lohr/ Verein für Angehörigenselbsthilfe Aschaffenburg und Umgebung ==> Aufnahme in das QM-System Brand- und Katastrophenschutzordnung für AB

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	13.07.2020

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-30001
Fax	09352/503-30000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

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 Wundauflage	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	13,72 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Projektgruppe Effizientes Hygienemanagement der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	
Kommentar	

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Anita Durchholz
Telefon	09352/503-20211
E-Mail	anita.durchholz@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Margot Walter
Telefon	09352/503-0
E-Mail	margot.walter@bezirkskrankenhaus-lohr.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	

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	Ärztl. Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-30001
Fax	09352/503-30000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

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, 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 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 bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagementkonzept liegt vor Letzte Aktualisierung: 14.04.2020
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®)	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
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 der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - 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.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja
Kommentar	Statistik über "Besondere Vorkommnisse" (z.B. Gewalt unter Patienten) wird quartalsweise ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet. Schulungen/ Fortbildungen: z.B. Deeskalationstraining. Q.-Team: Umgang mit Gewalt.

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten

(Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA 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.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses 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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Sozialzentrum am Rosensee

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Sozialzentrum am Rosensee
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Ärztlicher Direktor u. Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch
Telefon	09352/503-30001
Fax	09352/503-20000
E-Mail	info@bezirkskrankenhaus-lohr.de
Straße/Nr	Am Sommerberg 21
PLZ/Ort	97816 Lohr a. Main
Homepage	https://sozialzentrum-am-rosensee.bezirk-unterfranken.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI39	Physikalische Therapie	Extern auf Honorarbasis in TK und Krisenstation
VI40	Schmerztherapie	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Keine Entgiftung Keine primären Suchterkrankungen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
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	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	z.B. Traumaambulanz, Gedächtnissprechstunde
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	200
Teilstationäre Fallzahl	332

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	104	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	43	Depressive Episode
3	F43	11	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
4	F25	7	Schizoaffektive Störungen
5	F20	6	Schizophrenie
6	F06	5	Organische affektive Störungen
7	F31	5	Bipolare affektive Störung
8	F42	4	Zwangsstörung
9	F60	4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
10	F07	< 4	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
F33	104	Rezidivierende depressive Störung
F32	43	Depressive Episode
F43	11	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F25	7	Schizoaffektive Störungen
F20	6	Schizophrenie
F31	5	Bipolare affektive Störung
F06	5	Organische affektive Störungen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)

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 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,65	
Ambulant	8,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 43,01075

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	3,9	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,22	
Ambulant	3,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12,33046

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatrie
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP25	Gerontopsychiatrie

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 4,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,22	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 47,39336

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 256,41026

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,03	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 49,62779

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	2,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 80

C Qualitätssicherung

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

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 Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	13
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	8
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Arzneimittel für neuartige Therapien	
Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätspolitik

Was Qualität für uns bedeutet

Im Bezirkskrankenhaus Lohr am Main mit seiner Außenstelle „Sozialzentrum am Rosensee“ wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement nach den Anforderungen der DIN EN ISO 9001 aufgebaut.

Dabei ist es für uns die besondere Herausforderung, den Mittelweg zwischen Individualität und Standardisierung zu finden.

Der organisatorische Rahmen des Qualitätsmanagementsystems, der durch das Management des Bezirkskrankenhaus Lohr definiert und ausgestaltet wird, stellt für uns eine mögliche Methode dar, um unsere Einrichtung zu steuern und diese bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen.

Daher leitet sich unsere Qualitätspolitik auch von folgenden zentralen Gesichtspunkten ab:

- Unsere Einrichtung ist mit seinen gesamten Prozessen (bereichs- und funktionsübergreifend) auf den Patienten ausgerichtet.
- Im Innovationsprozess werden Fehler als Lernquelle angesehen. Bei Routinearbeiten hingegen wird versucht, diese zu vermeiden (Null-Fehler Prinzip).
- Ständige Verbesserung der Prozesse.
- Alle - jeder Mitarbeiter, jede Abteilung etc. sind für die Qualität verantwortlich und werden in jeder Hinsicht mit einbezogen (Mitarbeiterorientierung und Eigenverantwortung)
- Vom Kunden über die Lieferanten bis zur Öffentlichkeit (z. B. Gesellschaft und Umwelt) werden alle Bereiche erfasst und integriert.
- Traditionelle Stärken (Kernkompetenzen) und Erfolgspositionen werden ausgebaut.

Durch ein gelebtes und verwirklichtes Qualitätsmanagement werden hier im Bezirkskrankenhaus Lohr externe und interne Qualitätsprüfungen zu einer Bestätigung und Bekräftigung, sich auf den richtigen Weg gemacht zu haben.

Wir verstehen unser Qualitätsmanagement als Organisationshilfe im Sinne eines Betriebsmanagements, mit dem Ziel der Verpflichtung, sich weiterzuentwickeln. Es hilft uns eindeutige Strukturen und interne Regelungen im Bereich der Ablauforganisation zu schaffen und die Harmonisierung der übergreifenden Zusammenarbeit der Arbeitsbereiche und Arbeitsbeziehungen untereinander zu fördern.

Mit unserem in das Qualitätsmanagement eingebettete Risikomanagement, streben wir die Früherkennung von Spannungsfeldern, Konflikten, Fehlern und Fehlleistungen an. Wir beabsichtigen damit außerdem, dass die Mitarbeiter in unserer Einrichtung ihre Arbeit gut machen und die an sie gesetzten Erwartungen erfüllen können. So wird auch das Vertrauen unserer Interessengruppen („Interessierte Parteien“) aufrechterhalten und sichergestellt.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele

Unsere Ziele erarbeiten wir gemeinsam mit der Trägerverwaltung und den anderen Einrichtungen des Bezirks Unterfranken.

Unser Ziel ist die Sicherstellung der Zufriedenheit unserer Patienten:

Mit der Festlegung von Zielen bestimmen wir als Krankenhaus Anforderungen an die Qualität der Behandlung unserer Patienten. Wir sind bestrebt, Sie bestmöglich in unserem Haus allumfassend zu versorgen. Wir binden unsere Mitarbeiter der Abteilungen und Bereiche in die Planungen und Umsetzung mit ein und fördern damit die Mitarbeiterzufriedenheit. Wir streben einen wirtschaftlichen Umgang mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen an.

Messung und Evaluation der Zielerreichung:

Wir überprüfen, ob unsere Anforderungen an die Qualität erfüllt worden sind. Wir bedienen uns dafür der im Vorfeld festgelegten Kennzahlen und Indikatoren. Die Koordination der Prüfungen erfolgt durch die Stabsstelle Qualitätsmanagement. Die Zielerreichung wird im Rahmen der jährlichen Managementbewertung von der Klinikleitung gemessen. Die Erhebungen zu den einzelnen Qualitätszielen werden je nach festgelegter Berichtsform im Rahmen der internen Kommunikationsstruktur kommuniziert.

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:

- Das Qualitätsmanagement lebt im Bezirkskrankenhaus Lohr von der Bereitschaft aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Ziele und die Entwicklung des Krankenhauses mitzutragen. Wir stellen Informationen unseren Mitarbeitern transparent zur Verfügung. Dafür nutzen wir unterschiedliche Informationsplattformen, wie das Intranet oder Teambesprechungen. Unter dem Aspekt der Fragen: Was kann der einzelne Mitarbeiter zur Zielerreichung beitragen und was haben die Ziele mit der Arbeit des einzelnen Mitarbeiters zu tun, sind die in der Klinik eingeführten Zielvereinbarungsgespräche ein weiteres Mittel.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wie ist unser Qualitätsmanagement organisiert?

Die Klinikleitung verantwortet die qualitativen Prozesse innerhalb unseres Hauses, inklusive der Bereiche Zentrale Dienste und Verwaltung.

Das Qualitätsmanagement des Bezirkskrankenhauses Lohr wird von der Stabsstelle Qualitätsmanagementleitung geleitet, welche der Klinikleitung angegliedert ist. Unterstützt in der Umsetzung des Qualitätsmanagements wird diese von zahlreichen Qualitätsmanagementbeauftragten im Klinikbereich und in den Zentralen Diensten/ Verwaltung.

Ein wesentliches Instrument der Umsetzung der Verantwortung der Klinikleitung sind die regelmäßigen Sitzungen des Lenkungsausschusses, der aus Klinikleitung, Qualitätsmanagementleitung sowie eines Vertreters der Trägerverwaltung des Bezirk Unterfrankens zusammengesetzt ist.

Dort werden Beschlüsse hinsichtlich der Ziele und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements getroffen.

Unsere Mitarbeiter, aber auch externe Auditoren überwachen, prüfen und bewerten die Qualität unserer Leistungen in Form von Audits, in Hinsicht auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Die resultierenden Ergebnisse tragen dazu bei, unsere Potentiale und Ressourcen zu erkennen und diese erfolgreich zu verbessern. Die Kommunikation der erarbeiteten Interventionen, die Realisierungsfortschritte, die entsprechenden Ergebnisse der Überprüfungen und abgeleiteten Maßnahmen werden zu festgelegten Zeitpunkten im Lenkungsausschuss vorgestellt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements

Hier stellen wir Ihnen die verschiedenen Instrumente des Qualitätsmanagements im Bezirkskrankenhaus Lohr vor.

Patientenbefragung

- Ihre Meinung ist uns wichtig! Um Ihre Zufriedenheit mit uns und unseren angebotenen Leistungen zu ermitteln, haben Sie die Möglichkeit über einen sogenannten Patientenfragebogen Lob, Kritik und Vorschläge anzubringen. Wir möchten Sie damit aktiv mit einbinden, uns Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Ihre ausgefüllten Fragebögen werden gelesen und ausgewertet. Die Ergebnisse werden an die Geschäftsführung weitergeleitet und soweit uns möglich, umgesetzt.

Mitarbeiterbefragung

- Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter trägt zur Qualität Ihrer Versorgung entscheidend bei. Um eventuelle Bedarfe zu erkennen, werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.

Beschwerdemanagement

- Sie, aber auch Ihre Angehörigen haben jederzeit die Möglichkeit über den Patientenmeinungsbogen Ihre Meinung kund zu tun. Sie können Lob, Kritik aber auch Ihre Verbesserungsvorschläge jederzeit persönlich an unsere Mitarbeiter herantragen. Wir sind stets bemüht, aktuelle lösbare Probleme sofort zu lösen. Alle Anliegen behandeln wir vertrauensvoll.

Fehlermanagement

- Unseren Mitarbeitern bieten wir die Möglichkeit an, Fehler aus dem Arbeitsalltag (auch anonym) zu melden. Damit streben wir, an, mögliche Schwachstellen zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Managementreview

- Unsere Einrichtungen des Bezirks Unterfranken führen ihre Managementbewertung nach einer einheitlichen Struktur durch. Damit besteht auf Trägerebene die Möglichkeit, diese Daten miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse dieses externen Vergleichs sind für das Krankenhaus ebenso hilfreich wie Ihre persönliche Beurteilung Ihres Krankenhausaufenthaltes.

Audits

Mit Audits überprüfen wir die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems.

Die Mitarbeiter der auditierten Bereiche/ Prozesse sind angehalten, Schwachstellen sowie Optimierungspotentiale gemeinsam mit den internen Auditoren zu identifizieren um das Qualitätsmanagement-System zielorientiert weiterzuentwickeln.

Mittels der Ergebnisse der internen Audits beurteilt die Klinikleitung, ob die vorgegebenen Prozesse zur Absicherung der Leistungsqualität und –fähigkeit ausreichen.

Zudem nutzen wir eine Vielzahl weiterer Überprüfungsmöglichkeiten, wie:

- Fallbesprechungen
- Notfallübungen
- Hygienebegehungen
- Arbeitsschutzbegehungen
- Brandschutzbegehungen
- Visiten

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Q-Teams:

1. Mitarbeiterzufriedenheit
2. Patientenbefragung
3. Mitarbeiterbefragung
4. Gefährdungsbeurteilungen für die Klinik Aschaffenburg
5. Verhaltensempfehlungen in Gefährdungssituationen (z.B. Amok)

Projekte:

6. Leitfaden zum Bezugspflegegespräche bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz
7. Erarbeitung einer Therapiebegleitmappe
8. Generationsgerechtes Anleiten
9. Erweiterung des Safewards-Konzeptes

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Bezirkskrankenhaus Lohr ist nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Mit diesem Qualitätsmanagementsystem werden Strukturen und Prozesse erfasst, dokumentiert und bewertet. Dabei ist die Orientierung u.a. auf folgende Bereiche gerichtet:

- Patientenorientierung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung

Das Krankenhaus bewertet sein Qualitätsmanagementsystem zum einen anhand einer Managementbewertung selbst.

Zum anderen erfolgt eine im 3-Jahres Turnus stattfindende Einschätzung, anhand von Audits und Prüfung der Dokumente durch externe Auditoren.

Bei erfolgreicher Auditierung wird dem Krankenhaus die (Re-) Zertifizierung empfohlen. Das Zertifikat der DIN EN ISO 9001 dokumentiert ein hohes Qualitätsniveau und ist eine Art Gütesiegel für Krankenhäuser. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, arbeiten in unserem Haus Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen und Kommissionen an der laufenden Verbesserung unserer Arbeit.