

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

Standort

Tageskliniken in der Edisonstraße



Inhaltsverzeichnis

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-12.1 Qualitätsmanagement	12
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	12
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	18
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	21
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	21
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	21
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	21
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	21
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	22
B-[1].1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	22
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	23
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	24

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B-[1].11 Personelle Ausstattung	24
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	24
B-11.2 Pflegepersonal	24
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	25
Teil C - Qualitätssicherung	26
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	26
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	26
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	26
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	26
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	26
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	26
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	26

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

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

Sehr geehrte Patient*innen und Angehörige, sehr geehrte Kooperationspartner*innen und Freund*innen der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin,

dem Krankenhaus Hedwigshöhe sind eine psychotherapeutische und psychosomatische Tagesklinik für die Versorgungsregion Treptow-Köpenick angegliedert. Die Tageskliniken am Standort Edisonstraße umfassen 30 tagesklinische Plätze. Hier werden Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren behandelt. Das Behandlungsangebot richtet sich an Patient*innen mit affektiven Erkrankungen wie Depression und Angsterkrankungen. In einem Diagnose- übergreifenden, ganzheitlichen Ansatz werden auch Traumafolgestörungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, körperliche Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Das Behandlungskonzept basiert auf einem individuellen und patientenbezogenen Störungskonzept. Hierbei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt.

Zu den Angeboten gehören:

///// Psychotherapeutische und wo akut erforderlich somatische Diagnostik

///// Schulenübergreifende Psychotherapie

///// Medikamentöse Therapie

///// Klinische Sozialarbeit

///// Angehörigenarbeit

///// Ergotherapie

///// Musiktherapie

///// Körpertherapie

///// Entspannungsverfahren

///// Genusstherapie

Im Vordergrund steht die psychotherapeutische Arbeit im Gruppen- und Einzelsetting. Die Behandlung erfolgt hierbei vorrangig gruppentherapeutisch in einem vorstrukturierten Tagesprogramm. Ergänzend finden regelmäßig psychotherapeutische Einzelgespräche statt. Dabei stehen entsprechend der jeweiligen Krankheitsbilder die Krankheits- und Problembewältigung, soziale und berufliche Zukunftsplanung sowie der Umgang mit Anforderungen des Alltags im Mittelpunkt.

Die Ärzt*innen und Therapeut*innen arbeiten eng mit den Trägern der komplementären und ambulanten Versorgung psychisch Kranker im Stadtbezirk zusammen.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Frau Eileen Bartl
Position	Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement
Telefon	030 / 6741 - 2555
Fax	030 / 6741 - 2506
E-Mail	e.bartl@alexianer.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

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

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de
URL für weitere Informationen	https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus-hedwigshoehe/leistungen/tageskliniken/psychiatrische-psychotherapeutische-und-psychosomatische-tageskliniken/psychotherapeutische-tagesklinik-st-helena-und-psychosomatische-tagesklinik-st-christophorus
Weitere Links	http://www.alexianer.de

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Krankenhaus Hedwigshöhe
Institutionskennzeichen	261110027
Hausanschrift	Höhensteig 1 12526 Berlin
Postanschrift	Höhensteig 1 12526 Berlin
Telefon	030 / 5300597 - 0
E-Mail	psychiatrie-khh@alexianer.de
Internet	http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Rupert Fischer-Lampsatis	Chefarzt der Klinik für Innere Medizin - Schwerpunkt Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, ärztlicher Direktor	030 / 6741 - 5030	030 / 6741 - 5039	k.lohburg@alexianer.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Pflegewirtin (FH) Ann-Christin Reimer	Pflegedirektorin	030 / 6741 - 2500	030 / 6741 - 2504	d.becker@alexianer.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Herr Alexander Grafe	Regionalgeschäftsführer	030 / 2311 - 2552	030 / 2311 - 525	s.thess-lawonn@alexianer.de
Dr. Marcel Lingnau	Kaufmännischer Direktor	030 / 6741 - 502	030 / 6741 - 506	n.ganzauge@alexianer.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Tagesklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Institutionskennzeichen	261110027
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771895000
alte Standortnummer	04
Hausanschrift	Edisonstraße 15 12459 Berlin
Postanschrift	Edisonstraße 15 12459 Berlin
Internet	https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus-hedwigshoehe/leistungen/tageskliniken/psychiatrische-psychotherapeutische-und-psychosomatische-tageskliniken/psychotherapeutische-tagesklinik-st-helena-und-psychosomatische-tagesklinik-st-christophorus

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto	Chefärztin	030 / 6741 - 3003	030 / 6741 - 3002	s.hoestermann@alexianer.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Pflegewirtin (FH) Ann-Christin Reimer	Pflegedirektorin	030 / 6741 - 2500	030 / 6741 - 2504	d.becker@alexianer.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Herr Alexander Grafe	Regionalgeschäftsführer	030 / 2311 - 2552	030 / 2311 - 525	s.thess-lawonn@alexianer.de
Dr. Marcel Lingnau	Kaufmännischer Direktor	030 / 6741 - 502	030 / 6741 - 506	n.ganzauge@alexianer.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ Charité - Universitätsmedizin Berlin

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Netzwerkgespräche mit Familie, Angehörigengruppen
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Zusätzliche ambulante und stationäre Arbeitstherapie, Überleitung in komplementäre Einrichtungen
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	kommunikative Bewegungstherapie, Sportgruppe
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	individuelles Entlassungsmanagement
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Einzel- und Gruppenangebote, Haushaltstraining, kognitives Training und IPT, Vermittlung in ambulante Arbeitstherapie- und Arbeitstrainingsmaßnahmen.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Gestaltungstherapie und Kunsttherapie
MP27	Musiktherapie	Gruppen- und Einzeltherapie, Aktive und Rezeptive Musiktherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychotherapie einzeln + Gruppen (psychologische Standardangebote, Training sozialer Fertigkeiten), psychoedukative Gruppen (Schizophrenie, Depression, Doppeldiagnosen) ACT und motivationale Gesprächsführung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Angehörigengruppen Schizophrenie, Depression, Mutter - Kind.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Konzentrierte Entspannung, Akupunktur nach NADA
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Beratung anderer Einrichtungen, Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) stat. und amb.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Vermittlung in entspr. Selbsthilfegruppe in Zusammenarbeit mit d. Alzheimer-Gesellschaft Bln. wird eine Selbsthilfegruppe für Angehörige angeboten.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP63	Sozialdienst	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		katholisch und evangelisch
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Katy Lehmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Diplom - Sozialarbeiterin
Telefon	030 / 6741 - 5040
Fax	030 / 6741 - 5049
E-Mail	k.lehmann@alexianer.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Bsp. Standort Rea-Koffer, Standort Feuerlöscher im Haus, Ausgänge, allg. Beschilderung im Haus.
BF25	Dolmetscherdienste	Die Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH hat mit dem Gemeinddolmetschdienst einen Kooperationsvertrag geschlossen.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Dolmetscherliste liegt vor.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Hochschullehrerin in der TU Dresden
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Regelmäßige Ausbildung von PJ-Student*innen und Famulant*innen.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	MinD - EU Projekt mit E, J, GB, NL, LU. PreVCo-Studien Innovationsfond G-BA
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Kohlhammer Verlag, Klett Cotta Verlag
FL09	Doktorandenbetreuung	4 Doktorand*innen

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	25 Ausbildungsplätze an der "Alexianer Akademie für Gesundheitsberufe Berlin". Bezeichnung ab 2023: Pflegefachassistenz
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Am St. Hedwig - Krhs. besteht die "Alexianer Akademie für Gesundheitsberufe Berlin" mit 225 zugelassenen und genehmigten Ausbildungsplätzen. Koordination für Studierende (primärqualifizierendes Pflegestudium), Zusammenarbeit mit der ASH, Angebot praktische Ausbildungsorte für Koop. Partner

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	28
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	208
Ambulante Fallzahl	110
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,80	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0	
-----------------	---	--

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,75	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

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

Anzahl Vollkräfte	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	

Ergotherapeuten

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

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Frau Eileen Bartl
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Beschwerdemanagement
Telefon	030 6741 2555
Fax	030 6741 2506
E-Mail	e.bartl@alexianer.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	QM Team bestehend aus Mitarbeitende des MCs, OA/OÄ der Klinik für Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie, Pflegedirektion, Leitung SD und CM, Therapeutinnen Psychiatrie und Geriatrie, Stationsleitg. Somatik und Psychiatrie, QMBs
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Frau Aileen Stange
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon	030 6741 2556
Fax	030 6741 2506
E-Mail	a.stange@alexianer.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risiko- und Fehlermanagement 2022-11-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM04	Klinisches Notfallmanagement	VA Notfallversorgung 2021-09-27
RM06	Sturzprophylaxe	Expertenstandard Sturzprophylaxe 2021-12-27
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	VA "Zwangsmaßnahmen" 2021-11-22
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA Vorgehensweise bei Reparaturen, Wartungen, Probe- und Leihstellungen VA Umsetzung des Medizinproduktegesetzes 2021-07-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Fallbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	VA Sicherstellung Patientenidentität 2023-07-14
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassmanagement in der Psychiatrie 2023-05-03

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Identifikationsarmbänder, Team Time Out im OP und der Funktionsdiagnostik, Strukturelle Anpassungen, Anpassung von Prozessen, Deeskalationstrainings in der Psychiatrie und Notaufnahme, Regelmäßige Schulung von aktuellen Themen in der Hygiene, Regelmäßige Auswertung der Themenfelder in der Risikostatistik, Patient*innen- und Mitarbeiter*innen Befragungen, Alert's im KIS

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2022-12-06
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	monatlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	6	Davon 4 Mitarbeiter mit dem 40 Stunden Weiterbildungskurs
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Stand 2022: eine HFK und ein Mitarbeiter in Weiterbildung zur HFK
Hygienebeauftragte in der Pflege	36	Hauptamtliche inkl. Vertretungen Kontinuierliche Fortbildung als hygienebeauftragte Pflegekraft nach RKI-Empfehlung
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Rupert Fischer-Lampsatis
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	ärztlicher Direktor, Chefarzt Klinik für Innere Medizin
Telefon	030 6741 5030
Fax	030 6741 5039
E-Mail	k.lohburg@alexianer.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen	38 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	162 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	regionales MRE Netzwerk öffentliches Gesundheitswesen, Teilnahme NRZ	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	monatlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	4x jährliche Pflichtfortbildung, 4x jährlich Vorträge über aktuelle Hygienethemen, gantztägige jährliche Schulung für Hygienebeauftragte in der Pflege, monatlich durch Hygienebeauftragte, quartalsweise durch Hygienefachkraft, Zusatzschulungen Hygienemaßnahmen bei Covid 19

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	VA Umgang mit Beschwerden, Hinweisen, Vorschlägen"Formblatt zur Aufnahme einer mündlichen Beschwerde. Beschwerden werden erfasst und ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Regelung innerhalb der Verfahrensanweisung
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Regelung innerhalb der Verfahrensanweisung
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Bei jedem Eingang einer schriftlichen Beschwerde erfolgt unmittelbar eine schriftliche Eingangsbestätigung an den/die Beschwerdeführer*in durch die QMB. Die schriftliche Rückmeldung der Stellungnahme oder die Planung/Wahrnehmung eines Gesprächstermins erfolgt in der Regel innerhalb von 10 Werktagen.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Auf jeder Station und im Eingangsbereich des Haupthauses stehen gekennzeichnete Briefkästen für die Permanentfragebögen, Post an die Patientenfürsprecher und für andere Rückmeldungen zur Verfügung. Die Briefkästen werden 1x wöchentlich geleert. Onlineformular Lob&Kritik auf der Homepage. https://kontakt.alexianer.de/berlin-hedwigshoehe/lob-und-kritik

Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich. Die ausgefüllten Bögen werden wöchentlich gesichtet und ggf. Maßnahmen eingeleitet. Die Auswertung erfolgt elektronisch durch das Qualitätsmanagement. Die Bereichsleitungen und das Krankenhausdirektorium erhalten die Auswertungen quartalsweise und bei Bedarf durch die QMB. Aus den Ergebnissen der Patientenbefragung wird regelmäßig der Veränderungsbedarf neu definiert und angepasst, ggf. werden Korrekturmaßnahmen durchgeführt. http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus_hedwigshoehe/wir_ueber_uns/krankenhaus_hedwigshoehe/qualitaetsmanagement/zu_friedenheit_auszeichnungen/
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Im Rahmen einer Einweiserveranstaltung durchgeführt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Frau Eileen Bartl	Qualitäts- und Beschwerdemanagement	030 6741 2555	030 6741 2506	e.bartl@alexianer.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Herr Dr. Peter Beule	Patientenfürsprecher für den Bereich Psychiatrie	030 6741 2213		Patientenfuersprecher-Psychiatrie-Hedwigshoehe@alexianer.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	keine Person benannt
---	----------------------

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	<input checked="" type="checkbox"/> Verfahrensanweisung zur ärztlichen Dokumentation 2022-01-21	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Bestellsystem, MUSE, Herstellung	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet.		
Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe	

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	030 / 6741 - 3003
Fax	030 / 6741 - 3002
E-Mail	s.hoestermann@alexianer.de
Strasse / Hausnummer	Höhensteig 1
PLZ / Ort	12526 Berlin
URL	https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus-hedwigshoehe/leistungen/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Kommentar/Erläuterung	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	208

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeboteene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	PIA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) ◦ Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) 	Bereich Suchterkrankungen, Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) ◦ Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02) ◦ Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03) ◦ Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) ◦ Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05) ◦ Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,80	
Fälle je VK/Person		

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	1,00	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	2,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,75	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	
Fälle je VK/Person		

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	
Fälle je VK/Person		

Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	2
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	1
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt