

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021**

## **LVR-Klinik Bonn - Behandlungszentrum Wesseling**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.10 am 25.10.2022 um 09:11 Uhr erstellt.

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

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

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	10
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10 Gesamtfallzahlen	12
A-11 Personal des Krankenhauses	13
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	13
A-11.2 Pflegepersonal	13
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-12.1 Qualitätsmanagement	16
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	16
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	18
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	21
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	24
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	24
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	25
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	25
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1].1 Fachbereich für Psychiatrie und Psychotherapie	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	26
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	27
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	27
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	27

---

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	27
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	27
B-[1].11 Personelle Ausstattung	28
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	28
B-11.2 Pflegepersonal	28
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	29
Teil C - Qualitätssicherung	30
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	30
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	30
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	30
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	30
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	30
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	30
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	30

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. 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 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### Einleitungstext

#### Vorwort

Sehr geehrte Interessierte,  
sehr geehrte Patient\*innen,

der LVR-Klinik Bonn ist es in den 140 Jahren ihres Bestehens gelungen, sich den ständig wechselnden Rahmenbedingungen im öffentlichen Gesundheitswesen anzupassen und sich zu einer modernen psychiatrischen und neurologischen Fachklinik zu entwickeln.

Unser differenziertes Angebot ist von hoher Fachlichkeit und sozialer Verantwortung geprägt. Wir bieten eine hohe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlungsqualität nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards an, getreu unserem Leitsatz "Qualität für Menschen".

Neben der Kooperation mit anderen Krankenhäusern legen wir großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt\*innen, weiterversorgenden Einrichtungen und Diensten sowie Selbsthilfeorganisationen, um eine gute Versorgung der Patient\*innen auch nach der Entlassung sicherstellen zu können.

Mehr als 25.000 Menschen nahmen im Jahr 2021 die vielfältigen fachlichen Angebote in Anspruch, welche Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Kinderneurologie und ein spezielles Angebot für die Behandlung von Sprachstörungen umfassen.

Um die medizinische und pflegerische Versorgung der Patient\*innen in Zukunft wirtschaftlich und auf einem hohen Qualitätsniveau zu gewährleisten, kommt dem Qualitätsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Unsere Mitarbeitenden tragen engagiert dazu bei, die hohe Qualität der Patientenversorgung weiter zu verbessern. Mit unserem Modellprojekt „DynaLIVE“ (**D**ynamische, **L**ebensnahe, **I**ntegrative **V**ersorgung) bieten wir Ihnen eine verbesserte Möglichkeit der Behandlung, maßgeschneidert auf Ihre Bedürfnisse.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen unsere Leistungen und Angebote vor. Für Ihre Anregungen, auch bei weitergehenden Fragen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sprechen Sie uns an. Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Klinikvorstand der LVR-Klinik Bonn

### Einleitung

Die LVR-Klinik Bonn ist einer der größten Gesundheitsversorger in der Region und sichert die psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Versorgung für die Bevölkerung der Städte Bonn und Wesseling sowie des Rhein-Sieg-Kreises. Für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind wir in der Stadt Bonn, im Rhein-Sieg-Kreis und Kreis Euskirchen zuständig. Darüber hinaus sind wir im Kinderneurologischen Zentrum überregional tätig.

Die LVR-Klinik Bonn besteht aus acht Abteilungen mit insgesamt 858 Behandlungsplätzen. Über 1600 Mitarbeitende sorgen sich Tag für Tag um das Wohl der Patient\*innen.

Unser breit gefächertes Angebot umfasst die stationäre, tagesklinische und ambulante Diagnostik und Behandlung von

- Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

- psychisch erkrankten Menschen im höheren Alter (65 Jahre und mehr)
- Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Menschen mit neurologischen Erkrankungen
- Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen mit dem Ziel, vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten zu erschließen
- Kindern mit schweren Sprachentwicklungsverzögerungen
- jugendlichen und erwachsenen Stotternden, bei denen herkömmliche Therapie fehlgeschlagen sind
- psychisch kranken Straftätern

Die Behandlung erfolgt in der für die jeweilige Erkrankung zuständigen Fachabteilung. Die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten nach dem Prinzip der internen Sektorisierung, sodass die drei Abteilungen jeweils für bestimmte Teile des gesamten Einzugsgebiets verantwortlich sind. Damit ist es möglich, eine wohnortnahe Behandlungskontinuität zu gewährleisten und die Zusammenarbeit mit Fach- und Hausärzt\*innen sowie Einrichtungen optimal zu gestalten. Wir legen größten Wert auf die Kooperation mit anderen Kliniken, niedergelassenen Ärzt\*innen, Selbsthilfeorganisationen, ambulanten Diensten und Rehabilitationseinrichtungen, um eine optimale Versorgung unserer Patient\*innen auch nach der Entlassung sicherzustellen.

Um die Schwelle der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote zu senken und dem Prinzip der wohnortnahen Versorgung Rechnung zu tragen, haben wir stationäre, tagesklinische und ambulante Angebote auch in anderen Versorgungssektoren wie z. B. Meckenheim, Eitorf, Euskirchen und Wesseling eingerichtet.

Wir verstehen uns als Dienstleistende für Menschen jeden Alters mit ihren familiären, mitmenschlichen, beruflichen und sozialen Bezügen. Unsere Aufgabe ist die Erkennung, Heilung bzw. Linderung von Krankheiten oder Leiden und das Bewahren vor Verschlimmerungen. Im Mittelpunkt all unserer Bemühungen steht hierbei die Würde unserer Patient\*innen. Daher legen wir Wert auf eine vertrauensvolle Beziehung.

Im Rahmen unseres Modellprojekts „DynaLIVE“ bieten wir auf die jeweiligen Bedürfnisse maßgeschneiderte individuelle Therapieangebote an, die den Gesundungsprozess fördern und gleichzeitig gewährleisten, dass die Betroffenen in ihrer heimischen Umgebung verankert bleiben. Das Angebot für eine ganzheitliche Behandlung der seelischen Erkrankung umfasst Therapien im ärztlichen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, pflegerischen, sozialdienstlichen und ergotherapeutischen Bereich.

Unsere Patient\*innen erhalten eine qualifizierte Behandlung nach den aktuell geltenden medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Erkenntnissen sowie mit den modernsten Geräten. Die Leistungs- und Strukturdaten sind im nachfolgenden Qualitätsbericht detailliert beschrieben.

Die Zufriedenheit der Patient\*innen ist eng mit der Zufriedenheit der Mitarbeitenden verbunden. Daher sind Qualifizierung, Engagement und Freundlichkeit auf allen Ebenen unverzichtbar. Wir begegnen unseren Mitarbeitenden mit Offenheit, Respekt und Wertschätzung. In der LVR-Klinik Bonn herrscht eine Arbeitsatmosphäre, in der sich alle Beschäftigten fachlich und persönlich weiterentwickeln und individuell einbringen können. Unser Qualitätsmanagement ermöglicht und fördert die ständige Verbesserung unserer Strukturen und Prozesse, um die Qualität der Behandlung, die Zufriedenheit der Patient\*innen und Mitarbeitenden sowie die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

Der vorliegende Qualitätsbericht zeigt, dass Qualitätsmanagement ein fester Bestandteil der Unternehmenspolitik der LVR-Klinik Bonn ist. Im Interesse der sich uns anvertrauenden Patient\*innen werden in vielen Bereichen qualitätssichernde Maßnahmen durchgeführt, um die Behandlungsqualität und die Behandlungsergebnisse zu sichern.

## **Der Träger**

Träger der LVR-Klinik Bonn ist der Landschaftsverband Rheinland (LVR), der Verband der rheinischen Städte und Kreise, mit Sitz in Köln. Kommunale Angelegenheiten werden in den Gemeinden Nordrhein-Westfalens selbst verwaltet. Wenn aber Aufgaben, wie z. B. im Gesundheitswesen, über die Grenzen von Gemeinden, Städten oder Kreisen hinausreichen, übernimmt in unserer Region der LVR diese Tätigkeiten.

Der LVR erfüllt u. a. Aufgaben der Jugend-, Sozial- und Behindertenhilfe, der Kriegsopferfürsorge, der Gewaltopferversorgung, der Hilfe für Schwerbehinderte im Arbeitsleben, im Sonderschulwesen sowie in der psychiatrischen Versorgung. In der Verantwortung des LVR liegen neun psychiatrische bzw. psychotherapeutische Kliniken mit insgesamt 6.000 stationären und tagesklinischen Behandlungsplätzen. Jährlich lassen sich dort etwa

150.000 Patient\*innen stationär, teilstationär und ambulant behandeln. Als größter Träger psychiatrischer Krankenhäuser in der Region wird eine Gestaltungsverantwortlichkeit für die gemeindepsychiatrische Versorgung im Rheinland übernommen.

### Qualitätsbericht

In der Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b SGB V (Sozialgesetzbuch, fünftes Buch) hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichts für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser beschlossen. Dieser Ausschuss wird von den vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen gebildet, nämlich von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie den Spitzenverbänden der Deutschen Krankenkassen. Neben diesen vier Trägerorganisationen sind Vertretungen von Patient\*innen antragsjedoch nicht stimmberechtigt an allen Beratungen beteiligt. Im Jahr 2005 wurde erstmals ein Qualitätsbericht für das Jahr 2004 veröffentlicht. Nun liegt der dreizehnte Bericht für das Jahr 2020 vor.

Ziel des Qualitätsberichts ist, den Patient\*innen sowie deren Angehörigen, Krankenkassen und der Ärzteschaft einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses zu vermitteln. Der Qualitätsbericht schafft damit Transparenz und Vergleichbarkeit der deutschen Krankenhäuser. Kostenträger, zuweisende Arzt\*innen sowie Patient\*innen bekommen mit dem Werk ein Instrument an die Hand, das ihnen hilft, das für sie richtige Krankenhaus auszuwählen. Der Bericht beinhaltet wertvolle Informationen und stellt eine Entscheidungshilfe bei der Wahl der richtigen Behandlung dar. Der Qualitätsbericht ist zugleich auch ein wichtiges Instrument zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses im schärfer gewordenen Klinikwettbewerb.

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Dr. Barbara Bower
Position	Qualitätsmanagerin
Telefon	0228 / 551 - 2995
Fax	0228 / 551 - 3087
E-Mail	barbara.bower@lvr.de

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Klaus-Werner Szesik
Position	Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender
Telefon	0228 / 551 - 2129
Fax	0228 / 551 - 2867
E-Mail	klaus-werner.szesik@lvr.de

#### Weiterführende Links

URL zur Homepage	<a href="http://www.klinik-bonn.lvr.de">http://www.klinik-bonn.lvr.de</a>
URL für weitere Informationen	<a href="http://www.lvr.de">http://www.lvr.de</a>

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	LVR-Klinik Bonn
Institutionskennzeichen	260530272
Hausanschrift	Kaiser-Karl-Ring 20 53111 Bonn
Postanschrift	Kaiser-Karl-Ring 20 53111 Bonn
Telefon	0228 / 551 - 1
E-Mail	linik-bonn@lvr.de
Internet	<a href="http://www.klinik-bonn.lvr.de">http://www.klinik-bonn.lvr.de</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. Markus Banger	Ärztlicher Direktor	0228 / 551 - 2100	0228 / 551 - 2549	markus.banger@lvr.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Elvira Lange	Pflegedirektorin	0228 / 551 - 2137	0228 / 551 - 2147	elvira.lange@lvr.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Klaus-Werner Szesik	Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender	0228 / 551 - 2129	0228 / 551 - 2867	klaus-werner.szesik@lvr.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	LVR-Klinik Bonn - Behandlungszentrum Wesseling
Institutionskennzeichen	260530272
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772179000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Bonner Straße 84 50389 Wesseling
Postanschrift	Bonner Straße 84 50389 Wesseling
Internet	<a href="http://www.klinik-bonn.lvr.de">http://www.klinik-bonn.lvr.de</a>

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
PD Dr. Anke Brockhaus-Dumke	Chefärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I	0228 / 551 - 2247		anke.brockhaus-dumke@lvr.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Daniel Heinrichs	Pflegedienstleitung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I	0228 / 551 - 2202		daniel.heinrichs@lvr.de

**Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts**

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Klaus-Werner Szesik	Kaufmännischer Direktor und Vorstandsvorsitzender	0228 / 551 - 2129	0228 / 551 - 2867	klaus-werner.szesik@lvr.de

**A-2 Name und Art des Krankenhasträgers**

Name                                      Landschaftsverband Rheinland  
 Art    öffentlich

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Lehrkrankenhaus                                      Akademisches Lehrkrankenhaus  
 Universität    ◦ Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

**A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?                                       Ja



**A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
MP02	Akupunktur	Ohrakupunktur nach NADA
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Alltagsbezogenes bzw. soziales Kompetenztraining (z. B. Koch- und Backgruppen, gemeinsame Mahlzeiten)
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Beratung und Begleitung durch fachweitergebildetes Personal, Stärkung der Alltagskompetenzen, Unterstützung des Pflegeprozesses mithilfe von Pflege Diagnosen etc.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		In der LVR-Klinik Bonn sind katholische sowie evangelische Seelsorgerinnen und Seelsorger tätig, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige während und auch nach dem Klinikaufenthalt begleiten. Darüber hinaus werden mehrmals pro Woche katholische und evangelische Gottesdienste angeboten.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		z. B. schweinefleischfreie, vegetarische oder vegane Kost
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		u. a. Gelände mit Möglichkeiten zum Spaziergehen, Aufenthaltsraum, WLAN, Telefon

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Dr. Petra Briel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Inklusionsbeauftragte
Telefon	0228 / 551 - 2125
Fax	
E-Mail	petra.briel@lvr.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Personelle Unterstützung im Bedarfsfall
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Schwerpunkt auf Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF38	Kommunikationshilfen	
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Die Chefarzt*innen Prof. Dr. Banger, Dr. Schormann, Prof. Dr. Dohmen, PD Dr. Brockhaus-Dumke, Prof. Dr. Kühn, PD Dr. Huys, Dr. Thiemann und Prof. Dr. Borusiak verfügen über Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen/Universitäten im Rahmen der medizinischen Ausbildung.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn bieten wir PJ-Studierenden eine fachlich vielseitige Ausbildung in den Fächern Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie. Famulaturen werden gerne ermöglicht. Es findet regelmäßig Studentenunterricht in der LVR-Klinik Bonn statt.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	u. a. Projekte mit der Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (KJPPP), Studie zur Erforschung der Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen, PsychCare - Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie
FL09	Doktorandenbetreuung	Die Betreuung erfolgt durch die habilitierten Chefarzte der Abteilungen.

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Im Hause werden Auszubildende der Physiotherapie der Deutschen Angestellten-Akademie betreut.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Ausbildung werden im Rahmen ihres berufsbegleitenden Praktikums in der LVR-Klinik Bonn eingesetzt und unterstützt.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	In der LVR-Pflegeschule Bonn, integriert in das Bildungszentrum für Pflegeberufe der LVR-Klinik Bonn, stehen 150 Ausbildungsplätze für angehende Pflegefachfrauen und -männer zur Verfügung.

### A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	20
-------------------	----

### A-10 Gesamtfallzahlen

#### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	132
Ambulante Fallzahl	1169
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)	1,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,92
Stationäre Versorgung	0,93

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,90
Stationäre Versorgung	0,90
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,44

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,47
Stationäre Versorgung	0,00
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,83

**Psychologische Psychotherapeuten**

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	1,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,38

**Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte	0,47
-------------------	------

---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,11
Stationäre Versorgung	0,36

---

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Barbara Bowert
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagerin
Telefon	0228 551 2995
Fax	0228 551 3087
E-Mail	barbara.bowert@lvr.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Erweiterter Klinikvorstand und Qualitätsmanagerin
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Barbara Bowert
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagerin
Telefon	0228 551 2995
Fax	0228 551 3087
E-Mail	barbara.bowert@lvr.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	Konzept Qualitätsmanagement; Verfahrensanweisung Dokumentenmanagement; Risikomanagement-Konzept; Konzept Meldung von Beinahe-Zwischenfällen 2021-11-16
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verfahrensanweisung Somatisches Notfallmanagement; Standorte Notfallausrüstungen; Checkliste Notfallkoffer; Formblatt Notfallmeldebogen; Formblatt Notfallprotokoll 2021-05-21



Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM05	Schmerzmanagement	Verfahrensanweisung Schmerzmanagement; Pflegestandard Schmerzmanagement in der Pflege - akute und chronische Schmerzen; Numerische Ratingskala 2020-05-04
RM06	Sturzprophylaxe	Pflegestandard Sturzprophylaxe; Formblatt Sturzerfassung 2022-05-15
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Pflegestandard Dekubitusprophylaxe 2022-02-02
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Verfahrensanweisung Fixierung/Isolierung in psychiatrischen Notfällen; Pflegestandard Betreuung eines fixierten/isolierten Patienten; Verfahrensanweisung Psychiatrisches Notfallmanagement 2019-11-19
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Verfahrensanweisung Anwenderpflichten für Medizinprodukte; Arbeitsanweisung Aktive Medizinprodukte - Neubeschaffung, Inbetriebnahme, Reparatur 2019-06-19
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Standard Einsatz von Patientenarmbändern in der Neurologie und Gerontopsychiatrie 2020-09-01
RM18	Entlassungsmanagement	Verfahrensanweisung Entlassungsmanagement; Checkliste Entlassungsplanung; Verfahrensanweisung Patientenüberleitung; Formulare zur Patientenüberleitung; Formblatt zur Entbindung von der Schweigepflicht im Rahmen des Entlassungsmanagements 2021-06-24

#### 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	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	U. a. Optimierung der Prozesse rund um die EKG-Anforderung und -Ableitung im Krankenhaus-Informationssystem (KIS), Verbesserung der strukturierten Kommunikation und Transparenz zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2021-11-16

Nr.	Einrichtungswartungssystem	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	1
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. Christian Dohmen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Neurologie
Telefon	0228 551 2155
Fax	0228 551 3085
E-Mail	christian.dohmen@lvr.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?  ja

#### Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?  ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?  ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?  ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?  ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe  ja

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

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?  ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?  nein

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?  ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)  ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))  ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden  ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage  ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion  ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Nein

Ist eine Intensivstation vorhanden?  Ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Nein

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<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"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Qualitätssiegel für Akutkrankenhäuser des MRE-Netzwerks	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	zusätzlich bei Bedarf und verpflichtende Online-Schulungsangebote

#### 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
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja
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
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Silvia Rottland	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	0228 551 2169	0228 551 2867	silvia.rottland@lvr.de

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Werner Supp	Ombudsperson	0228 551 2921		werner.supp@lvr.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**

Name	Kerstin Seemann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung der Apotheke
Telefon	0228 551 2288
Fax	
E-Mail	kerstin.seemann@lvr.de

**A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

Anzahl Apotheker	3
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4
Kommentar/ Erläuterung	Die Apothekerinnen und Apotheker verfügen über folgende weitere Qualifikationen: Fachapotheker/in für klinische Pharmazie sowie ABS-Expertinnen und -Experten

**A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen**

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur AMTS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Arbeitsanweisung "KIS - Aufnahme, Behandlung, Entlassung (ÄTD und PED)" 2019-05-27	
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)	Arbeitsanweisung "KIS - Aufnahme, Behandlung, Entlassung (ÄTD und PED)" 2019-05-27	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige Informationen über die Zubereitung von parenteralen Antiinfektiva, Informationen zu Teilbarkeit und Sondengängigkeit	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Bestellung und Abgabe	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Patientenbezogene Abgabe von Hochrisiko-Arzneimitteln (z. B. Zytostatika), sowie nur patientenbezogene Abgabe bestimmter, im besonderen Maße risikobehafteter Arzneimittelgruppen (z. B. neue orale Antikoagulantien, potente CYP-Inhibitoren/-Induktoren, Depot-Präparate)	



Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
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-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 Abschlüsse vor.

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

#### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. nein



## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Fachbereich für Psychiatrie und Psychotherapie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Fachbereich für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung
Weitere Fachabteilungsschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie ( 2931 )</li> <li>◦ Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) ( 2960 )</li> </ul>

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	PD Dr. Anke Brockhaus-Dumke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I
Telefon	0228 / 551 - 2247
Fax	
E-Mail	anke.brockhaus-dumke@lvr.de
Strasse / Hausnummer	Kaiser-Karl-Ring 20
PLZ / Ort	53111 Bonn
URL	https://klinik-bonn.lvr.de

### 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
VP00	Adipositasbehandlung	Zusätzlich in Kooperation mit dem Dreifaltigkeitskrankenhaus Wesseling und in Kooperation mit dem Adipositaszentrum Bonn/Rhein-Sieg
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	132

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,92
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,90
Stationäre Versorgung	0,90
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	3,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,44
Fälle je VK/Person	

#### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,47
Stationäre Versorgung	0,00
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP24	z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Notaufnahme, Psychiatrie	

**B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**
**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,83
Fälle je VK/Person	

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

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	1,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,38
Fälle je VK/Person	

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte	0,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,11
Stationäre Versorgung	0,36
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)	3
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	3
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	3

(\* 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](http://www.g-ba.de)))

### C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt