



2022

KRH GERIATRIE LANGENHAGEN

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

§ 136B ABSATZ 1 SATZ 1 NUMMER 3 SGB V FÜR NACH § 108 SGB V
ZUGELASSENE KRANKENHÄUSER



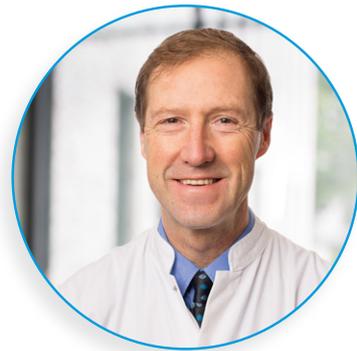
Die von einem großen, schönen Parkgelände umgebene KRH Geriatrie Langenhagen gehört seit 2005 zur Trägerschaft des Klinikums Region Hannover und arbeitet bereits seit über 25 Jahren sehr erfolgreich auf dem Gebiet der Geriatrie. Sie ist die zweitälteste Geriatrie in Niedersachsen. Die geriatrische Tagesklinik wurde 1995 eröffnet.

Die KRH Geriatrie Langenhagen ist Mitglied des Landesverbandes Geriatrie (LVG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrie. Sie erfüllt die Kriterien für ein geriatrisches Zentrum mit Versorgungsauftrag nach § 39 SGB V (akutgeriatrische Behandlung) und § 40 Abs. 2 SGB V (§ 111 SGB V – geriatrische Rehabilitation), d.h. sie bietet das komplette abgestufte Versorgungskonzept für alte und hochaltrige Menschen an.

Die KRH Geriatrie Langenhagen ist zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft.

DIREKTORIUM KRH Geriatrie Langenhagen

Ärztlicher Direktor
Dr. med. Martin Stolz, MPH
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: martin.stolz@krh.de



Kaufmännischer Direktor
Tobias Vaasen
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: tobias.vaasen@krh.de

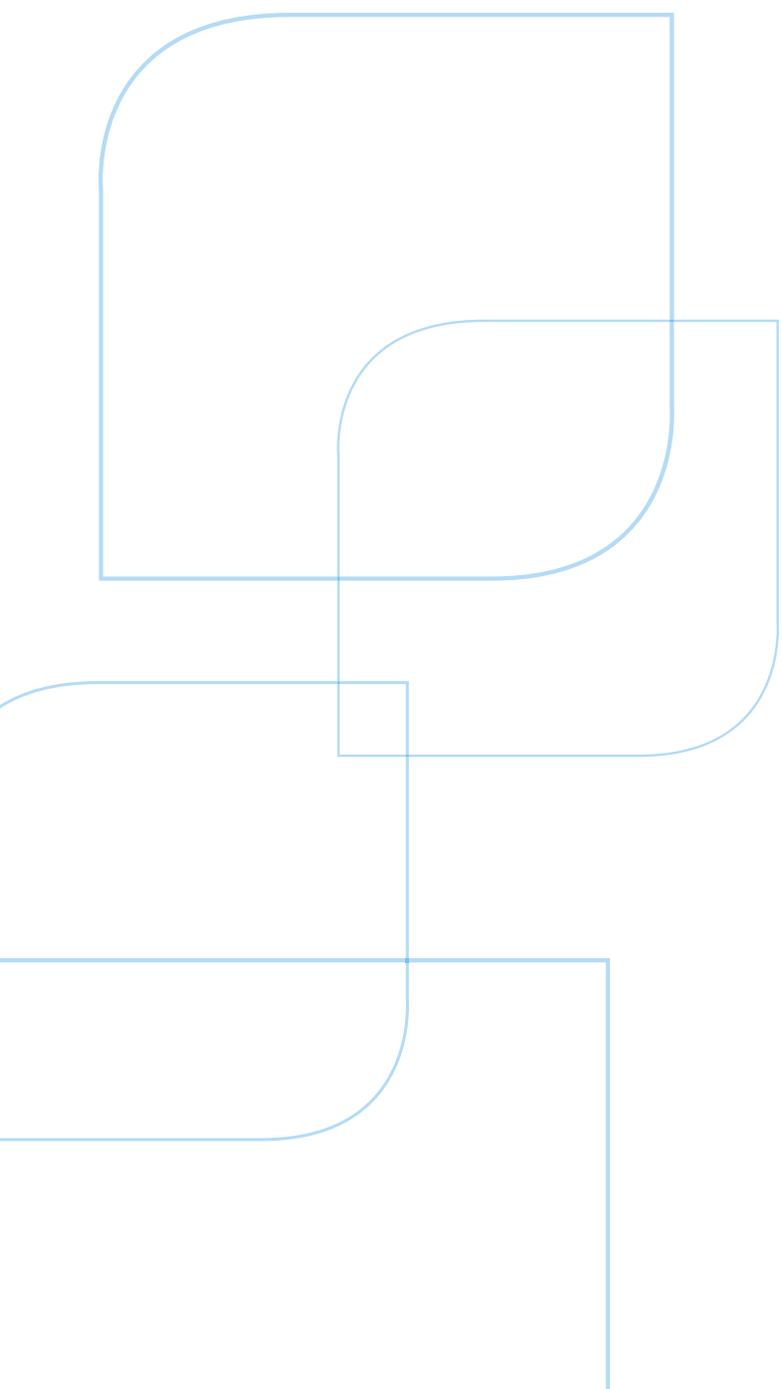
Pflegedirektor
Carsten Schock
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: carsten.schock@krh.de

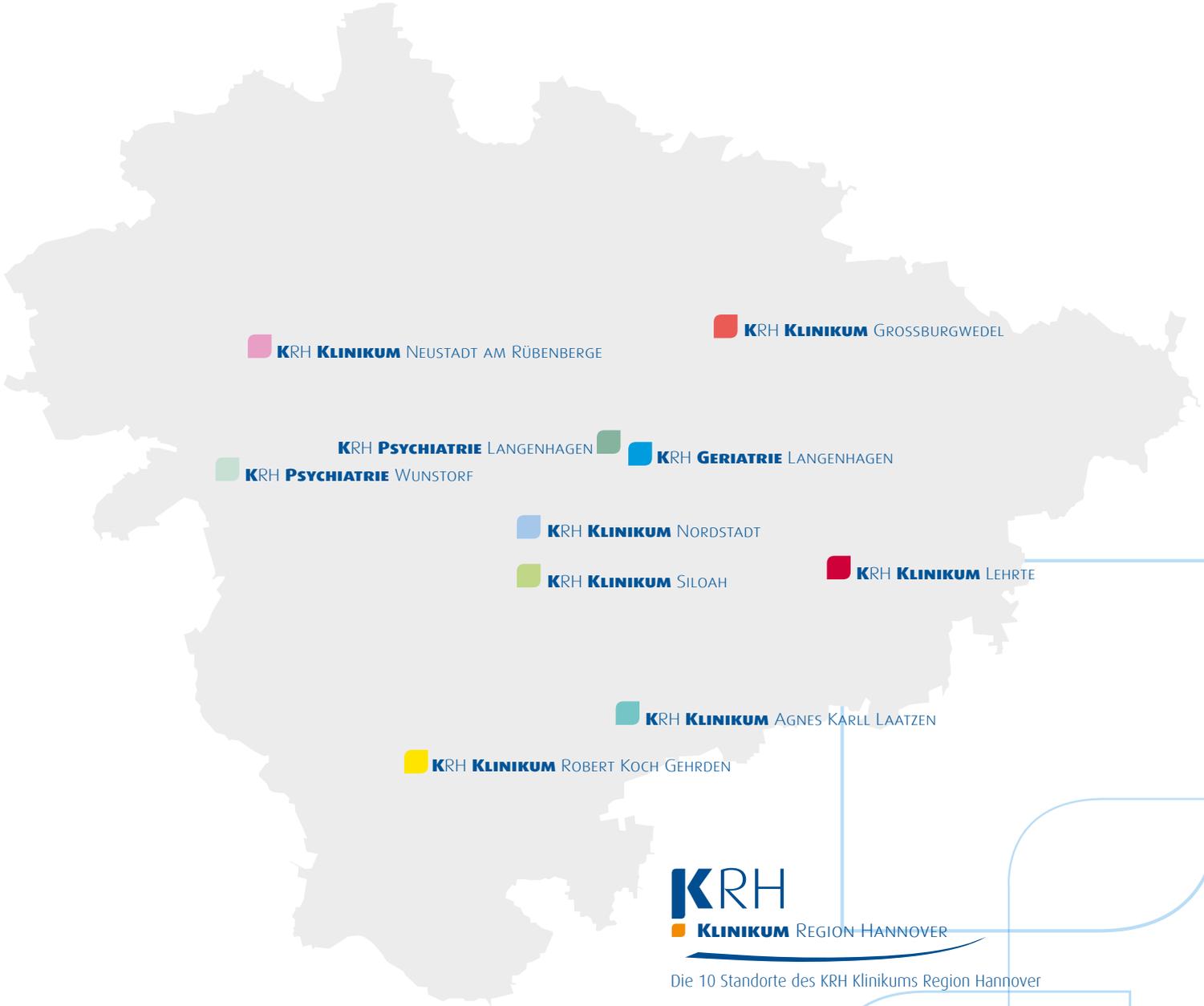


KLINIKEN
KRH Geriatrie Langenhagen

Klinik für Geriatrie

Chefarzt:
Dr. med. Martin Stolz, MPH
Telefon: (0511) 7300 301
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: martin.stolz@krh.de





KRH KLINIKUM NEUSTADT AM RÜBENBERGE

KRH KLINIKUM GROSSBURGWEDEL

KRH PSYCHIATRIE LANGENHAGEN

KRH GERIATRIE LANGENHAGEN

KRH PSYCHIATRIE WUNSTORF

KRH KLINIKUM NORDSTADT

KRH KLINIKUM SILOAH

KRH KLINIKUM LEHRTE

KRH KLINIKUM AGNES KARLL LAATZEN

KRH KLINIKUM ROBERT KOCH GEHRDEN

KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

Die 10 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

KRH GERIATRIE LANGENHAGEN

Rohdehof 3
30853 Langenhagen
Telefon: (0511) 7300 02
Fax: (0511) 7300 306
E-Mail: info.geriatrie-langenhagen@krh.de
Web: geriatrie-langenhagen.krh.de

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das

Berichtsjahr 2022

KRH Geriatrie Langenhagen (Akut-Geriatrie)

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung	46
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	48
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	50
B-1	Geriatrie Langenhagen	50
C	Qualitätssicherung	58
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	58
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	58
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	62

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	66
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	66
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	66
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	66
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	66
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	67
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	67
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	67
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	68
D	Qualitätsmanagement	69
D-1	Qualitätspolitik	69
D-2	Qualitätsziele	70
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	70
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	71
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	71
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	71

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Herr Mike Voland
Telefon	0511/7300-312
Fax	0511/7300-306
E-Mail	mike.voland@krh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://geriatrie-langenhagen.krh.de/>

Link zu weiterführenden Informationen:

Einleitung

Die in einem großen Parkgelände liegende KRH Geriatrie Langenhagen umfasst je einen Krankenhausbereich für Akut-Geriatrie, stationäre geriatrische Rehabilitation und teilstationäre geriatrische Rehabilitation in der Tagesklinik - also das komplette abgestufte geriatrische Versorgungskonzept.

Der vorliegende Qualitätsbericht enthält die Leistungs- und Strukturdaten der Klinik für Akut-Geriatrie. Wie alle anderen Häuser der Klinikum Region Hannover GmbH ist die Klinik für Akut-Geriatrie Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Jeder alternde Mensch wünscht sich für seine Zukunft, gesund zu sein und zu bleiben und, so lange es geht, selbständig im Leben zu stehen. Ältere Menschen haben aber andere Bedürfnisse als jüngere und stellen oftmals eine große Herausforderung an medizinische und soziale Organisationen dar. Der alternde Organismus behält auch noch bis in das höchste Alter hinein viele Möglichkeiten, Altersveränderungen auszugleichen oder nach Erkrankung wieder Selbständigkeit zu erlangen. Die Geriatrie mit ihrem spezialisierten umfassenden Ansatz, der Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Palliation umfasst, kann dabei dem alten Menschen am effektivsten Unterstützung bieten mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität und oberster Orientierung an den realen Bedürfnissen des Patienten. In der Geriatrie liegt das primäre Behandlungsziel oft im Erhalt oder in der Verbesserung der funktionellen Kapazität, um eine Rückführung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden spezifische geriatrische Methoden eingesetzt: einerseits das multimodale geriatrische Assessment als strukturierter diagnostischer Prozess zur Erfassung der medizinischen, funktionellen und psychosozialen Defizite und Ressourcen, das die Basis für einen umfassenden weiteren Behandlungs- und Betreuungsplan darstellt; andererseits die frühestmögliche Mobilisierung und der Einsatz von Methoden, die sich auf die Wiederherstellung der Alltagsfunktionalität konzentrieren, wenn diese durch Erkrankungen wie Schlaganfall, Parkinson, Schenkelhalsbruch oder Verlust von Gliedmaßen u.a. bedroht oder verloren gegangen sind.

Besonderes Kennzeichen der geriatrischen Behandlung ist die Betreuung durch ein therapeutisches Team, das aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung (Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin mit verschiedenen Zusatzbezeichnungen wie Klinische Geriatrie, Rettungsmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie, Palliativmedizin, Verkehrsmedizinische Begutachtung, Pulmonologie) besteht, sowie aus in der geriatrischen Fachpflege zusätzlich ausgebildeten Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, (Neuro-) Psychologen und Sozialarbeitern, sodass bei allen Patienten bereits in der Akutgeriatrie eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in einem multiprofessionellen Team durchgeführt wird.

Innerhalb des Teams nimmt jeder Bereich seine speziellen Aufgaben wahr:

Die Leitung des Behandlungsteams liegt in fachärztlicher Hand, wobei bei Bedarf Kollegen aller Fachrichtungen beratend hinzugezogen werden können, so dass eine interdisziplinäre Arbeit im Interesse des Patienten gewährleistet ist.

Der Pflegedienst ist zusätzlich besonders auf die Wundversorgung und therapeutisch-aktivierende Pflege der Patienten spezialisiert.

Die Sprachtherapeuten und Logopäden befassen sich mit der Diagnostik und Therapie der Sprach-, Sprech- und/ oder Schluckstörungen und beraten ggfs. auch Angehörige.

Der psychologische Dienst konzentriert sich auf die neuropsychologische Diagnostik, Kognitionstraining und therapeutische Gespräche.

Die Physiotherapeuten widmen sich der Verbesserung basaler Funktionen des Bewegungsapparates der Patienten. Hierfür nutzen sie auch Trainingsgeräte wie Zugapparate, ein Laufband, Motomed-Geräte für Mobilisations- und Kräftigungsübungen von Armen und/ oder Beinen oder den Balancemaster zum Erlernen verschiedener Belastungsmodalitäten und im Rahmen des Konzentrationstrainings.

In der angeschlossenen physikalischen Abteilung werden Massagen, Thermotherapie, Elektro- und Ultraschallbehandlungen, Lymphdrainagen, CO₂-Bäder u.a. durchgeführt.

Zu den Aufgaben der Ergotherapeuten zählt u.a. die Diagnostik und Therapie von neurophysiologischen Störungen, das alltagsorientierte Training der Patienten und vor allem die Beratung, welche Hilfsmittel zum Erhalt der Selbständigkeit bzw. welche Anpassungen des Wohn- und Lebensraumes sinnvoll sind, wobei auch Hausbesuche durchgeführt werden können.

Wenn möglich, werden Angehörige und betreuende Personen vom gesamten therapeutischen Team mit in die Therapie einbezogen und speziell geschult.

Der Sozialdienst der KRH Geriatrie Langenhagen bietet Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Hilfen für das

Leben nach der Entlassung, Unterstützung bei Antrags- und Widerspruchsverfahren, bei Behördenkontakten und viele andere praktische Hilfen an. Falls die Rückkehr in einen Privathaushalt nicht mehr möglich sein sollte, berät und unterstützt er ebenfalls bei der Suche nach einem neuen „Zuhause“.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Geriatrie Langenhagen (Akut-Geriatrie)
Hausanschrift	Rohdehof 3 3 30853 Langenhagen
Zentrales Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
Zentrale E-Mail	info.geriatrie@krh.de
Postanschrift	Sekretariat Geriatrie Langenhagen Rohdehof 3 30853 Langenhagen
Institutionskennzeichen	260321224
Standortnummer aus dem Standortregister	772952000
Standortnummer (alt)	00
URL	https://geriatrie-langenhagen.krh.de/

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor, Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Herr Carsten Schock
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	carsten.schock@krh.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführender Direktor Klinikum Mitte
Titel, Vorname, Name	Herr Tobias Vaasen
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	Tobias.Vaasen@krh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP63	Sozialdienst	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

MP26	Medizinische Fußpflege	Medizinischer Fußpfleger kommt auf Anforderung von Patienten ins Haus.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP61	Redressionstherapie	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Parkinsonselbsthilfegruppe, Rheumaliga

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://geriatrie-langenhausen.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote	siehe nachstehende Verknüpfung
NM42	Seelsorge	https://geriatrie-langenhausen.krh.de/ihr-aufenthalt/hilfe-unterstuetzung	Anna Thumser Diakonin/Dipl. Sozialpädagogin
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://geriatrie-langenhausen.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote	siehe nachstehende Verknüpfung
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://geriatrie-langenhausen.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote	siehe nachstehende Verknüpfung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	https://geriatrie-langenhausen.krh.de/ihr-aufenthalt/unterbringung-und-angebote	siehe nachstehende Verknüpfung

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Wortmann
Telefon	0511/7300-275
E-Mail	patientenfuersprecher.geriatrie-lgh@extern.krh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF24	Diätische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF21	Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF25	Dolmetscherdienst
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	keine
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	keine

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung - und als Studium Physiotherapie B.Sc in Kooperation mit der HAWK Hildesheim. https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Blöcke der praktischen Ausbildung finden in der Geriatrie statt.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz

HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Die Ausbildung läuft bis August 2023 aus und wird dann in Kooperation mit der MHH angeboten:</p> <p>https://akademie.krh.de/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft</p>
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</p>

HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Die Ausbildung wird nicht angeboten - jedoch stehen im Klinikum Region Hannover Plätze für den praktischen Einsatz zur Verfügung.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkr aft
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung - in Kooperation mit der Hochschule Hannover. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkr aft

Zusätzlich bieten wir die Ausbildung zur Medizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA) in den Standorten an.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	46

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	785
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte/innen Akutgeriatrie

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,57

Kommentar: gesamt nur für Akutgeriatrie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,57	Ärzte/innen Akutgeriatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,57	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,63	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

Kommentar: Keine Belegärzte/innen

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 19,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,52	
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,52	
Nicht Direkt	0	Keine

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Keine

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Keine
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Keine
Nicht Direkt	0	Keine

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,22	
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,22	
Nicht Direkt	0	keine

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Keine

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Keine
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Keine
Nicht Direkt	0	Keine

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,89	
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Keine

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Keine
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Keine
Nicht Direkt	0	Keine

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,93	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,53	
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,53	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Keine

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Keine
Ambulant	0	Keine

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Keine
Nicht Direkt	0	Keine

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nur für Akutgeriatrie

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,5

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,5	nur Akutgeriatrie, zusätzlich Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,5	
Nicht Direkt	0	

SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Angabe in Vollkräften

nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Angabe in Vollkräften: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 5

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	nur für Akutgeriatrie, zusätzliche Therapeuten für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

SP30 - Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Anforderung nach Bedarf in Zusammenarbeit mit extern

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Anforderung nach Bedarf in Zusammenarbeit mit extern
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Kommentar: nur für Akutgeriatrie, zusätzlicher Neuropsychologe für stationäre Reha in der Fachklinik

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	nur für Akutgeriatrie zusätzliche Neuropsychologe für stationäre Reha in der Fachklinik
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

SP18 - Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Anforderung nach Bedarf von extern

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Anforderung nach Bedarf von extern
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	1	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 8

Kommentar: Bobathzusatzausbildung der Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	Bobathzusatzausbildung der Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 4

Kommentar: med. Bademeister und Masseur mit dieser Zusatzausbildung und Physiotherapeuten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	med. Bademeister und Masseur mit dieser Zusatzausbildung und Physiotherapeuten
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Stomatherapeuten kommen ins Haus

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Stomatherapeuten kommen ins Haus
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	1	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Pflegepersonal mit Zusatzausbildung Wundmanagement

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	Pflegepersonal mit Zusatzausbildung Wundmanagement
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Herr Dr. med. Martin Stolz (Ärztlicher Direktor) Herr Tobias Vaasen (Geschäftsführender Direktor Klinikum Mitte)
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Herr Dr. med. Martin Stolz (Ärztlicher Direktor) Herr Tobias Vaasen (Geschäftsführender Direktor Klinikum Mitte)
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): PR - Risikofrüherkennung Belegung PR - Handbuch Risikofrüherkennungssystem KRH HRL- Anti-Fraud-Management KRH HA - Geschäftsanweisung Meldung besondere Vorkommnisse HA - Anleitung zur Risikobewertung KRH
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		wöchentliche von der Ärztekammer zertifizierte Fortbildungen vor Ort + Fortbildungen aus dem Bildungsprogramm der KRH + externe Fortbildungen
RM03	Mitarbeiterbefragungen		alle 3 Jahre per Fragebogen anonym

RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): HRL - Notfall und Reanimation ST - Bauchchirurgischer Notfall
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): PR-Interventionsbaum Sturzprophylaxe HRL - Sturzprophylaxe FB - Sturzprotokoll FB - Morse Fall Scale ST - Maßnahmenplan Sturzprophylaxe

RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): - Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege PR - Erhebung und Dokumentation Dekubitalgeschwür PR - Dekubituserfassung Braden Skala FB - Wunddokumentation
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): HA - Umgang mit Patientenfixiersystemen FB - Fixierungsprotokoll Geriatrie

RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	elektronische Erfassung, Weiterleitung von Störungsmeldungen + Einsicht in aktuellen Abarbeitungsstatus für jeden MA
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- wöchentliche Besprechung jedes Patienten im gesamten geriatrischen Team unter Leitung Geriater + Dokumentation	PR - wöchentliche Teambesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		DIOMed per SAP für alle Bereiche abrufbar
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risikomanagement Datum: 17.09.2018	mitgeltende Dokumente hinterlegt im Dokumenten Lenkungssystem (einige Dokumente, Patientenbezogen, nur über SAP erreichbar): PR - Kernprozeß Aufnahme bis Entlassung PR - Entlassungsmanagement Pflege PR - Entlassungsmanagement Sozialdienst PR - Stationäre Entlassung - Ärzte PR - Regelablauf Therapeuten

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	Wir arbeiten nach folgenden Standards: CIRS für patientenversorgende Einrichtungen nach gesetzlicher Vorgabe (SGB V § 136a)

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	14.10.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	Ltd. OÄ des IMK, ergänzt durch Direktor des IMK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	0.25 VK
Hygienebeauftragte in der Pflege	5	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300301-
Fax	0511/7300306-
E-Mail	martin.stolz@krh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

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

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

Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt
------------------------	---

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Keine Intensivstation im Hause

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	23,41 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden jährlich und bei Bedarf regelmäßig statt
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krh.de	SGB V, §137 Krankenhausspiegel Hannover
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus/ MRE-Netzwerk Region Hannover	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Keine Teilnahme an ASH, sondern neben dem seit Jahren etablierten Vorgehen anhand eines eigenen Konzepts 2022 Implementierung von "Observe" (bundesweit angewandt) mit dem Ziel der Komplett- Ausrollung KRH 2023

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Anliegen gehen bei Beschwerdekoordinatoren ein, werden strukturiert erfasst und direkt bearbeitet. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben. Auf Ebene des Klinikverbundes wird im zentralen Qualitäts- und Risikomanagement eine systematische Weiterentwicklung des dezentralen Beschwerdemanagements sichergestellt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existiert ein schriftlich geregeltes Verfahren zum patientennahen Beschwerdemanagement im Klinikverbund KRH. Dieses Vorgehen umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt. Im Jahr 2022 wurde zu rund 46,3 % der Vorgänge die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme gewählt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen im Zentralen Beschwerdemanagement wurden in 2022 zu 53,6 % schriftlich vorgetragen. Dabei wurde zu 18,1 % ein klassischer Brief genutzt. Der größte Anteil (81,8 %) aller Kontakte ging über neue Medien ein (E-Mail, Web-Formulare).

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Die Zeitziele (Reaktionslatenz) und die Beschwerdebedeutung sind im schriftlichen Konzept im Klinikum Region Hannover definiert. Der Eingang jedes Anliegens wird innerhalb von zwei Werktagen bestätigt. Die Gesamtdauer eines Vorganges ist in Abhängigkeit der Komplexität variabel und kann von wenigen Stunden (Sofortlösung) bis zu mehreren Wochen (umfangreiche Lösung) betragen. Jedes Anliegen wird mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet.
---	----	--

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Patientenfragebogen mit 1/2 jährlicher Auswertung

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	https://www.krh.de/lob-tadel
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	QMB / med. Technologe
Titel, Vorname, Name	Herr Mike Voland
Telefon	0511/7300-312
Fax	0511/7300-306
E-Mail	mike.voland@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.krh.de
Kommentar	Frau Dr. rer. nat. Svenja Meißner ist die Ansprechpartnerin für das zentrale Beschwerdemanagement im KRH.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Wortmann
Telefon	0511/970-1405
E-Mail	Patientenfuersprecher.Geriatrie-LGH@extern.krh.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Im Berichtsjahr 2015 wurden die Patientenfürsprecher für die Kliniken der Region Hannover ausgewählt. Die formale Berufung fand zu Beginn 2016 statt. Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des KRH Klinikum Region Hannover sondern unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren.
-----------	--

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.krh.de>

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk
Telefon	0511/927-6900
Fax	0511/927-6929
E-Mail	thomas.vorwerk@krh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen
Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Apotheker/innen in der Thematik Arzneimittelverordnung statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung:

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Formular in der Verordnungssoftware
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		SmartMedication

AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		AIDKlinik®
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen 	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Elektronische Unterstützung z. B. bei Bestellung, Herstellung, Abgabe von Arzneimitteln. 	AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen

AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) 	Pharmazeutische Visiten, Hinterlegung patientenindividueller AMTS-Hinweise in den Verlaufsberichten durch Apotheker/in, CIRS-System
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten 	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja
Kommentar	Ein entsprechendes Dokument liegt im hauseigenem Dokumenten System (DLS) vor.

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein
---	------

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerä t mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA43	Elektrophysiologische r Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA18	Hochfrequenzthermot herapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen- Steinzerstörung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahre n	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA57	Radiofrequenzablatio n (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfa hren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

AA32	Szintigraphiescanner / Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erläuterungen	keine Teilnahme der Geriatrie Langenhagen an der Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Geriatrie Langenhagen

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Geriatrie Langenhagen
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Stolz
Telefon	0511/7300-301
Fax	0511/7300-306
E-Mail	martin.stolz@krh.de
Straße/Nr	Rohdehof 3 3
PLZ/Ort	30853 Langenhagen
Homepage	https://geriatrie-langenhagen.krh.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI44	Geriatrische Tagesklinik

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	785
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	180	Fraktur des Femurs
2	S32	94	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
3	S42	44	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
4	S22	33	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
5	I50	31	Herzinsuffizienz
6	S82	26	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	M48	24	Sonstige Spondylopathien
8	R26	20	Störungen des Ganges und der Mobilität
9	S06	17	Intrakranielle Verletzung
10	I63	15	Hirnfarkt

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	692	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-984	505	Pflegebedürftigkeit
3	1-902	89	Testpsychologische Diagnostik
4	9-320	85	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
5	8-800	28	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
6	1-207	13	Elektroenzephalographie [EEG]
7	8-98g	7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8	8-152	4	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
9	1-611	< 4	Diagnostische Pharyngoskopie
10	1-844	< 4	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 103,69881

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 216,25344

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF09	Geriatric
ZF62	Krankenhausthygiene
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF40	Sozialmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 19,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 40,21516

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 95,49878

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 882,02247

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 844,08602

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1481,13208

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

Bundesprojekte: Dekubitusprophylaxe
Vermeidung nosokomialer Infektionen

QSKH-RL
Qesü-RL

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	27	100,00 %	27	
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Zähleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorg ung (HEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenimplant ation (HEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechse l und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssystem e (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herzunterstützungssystem e/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	784
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	5,21
Ergebnis (Einheit)	0,77
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,30 - 1,96
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	784
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	784
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,51%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 1,30%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	784
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	784
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren	
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

D99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	=	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	=	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	=	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
S92	=	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U34	=	zureichend
U61	=	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	=	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	=	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	6
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	6
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	GGEA601	Tagschicht	100,00%	9
Innere Medizin	GGEA602	Tagschicht	100,00%	9
Geriatric	GGEA601	Nachtschicht	100,00%	11
Geriatric	GGEA602	Nachtschicht	100,00%	11

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Innere Medizin	GGEA601	Tagschicht	87,67%
Innere Medizin	GGEA602	Tagschicht	92,33%
Geriatric	GGEA601	Nachtschicht	71,23%
Geriatric	GGEA602	Nachtschicht	80,82%

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine

Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

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

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?

Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

Unser Selbstverständnis prägt auch die Qualitätsstrategie des Klinikverbundes. Wohnortnah können Menschen die Einrichtungen nutzen und dabei von der Stärke und Vielfalt eines großen Klinikums profitieren. Die Vernetzung im Verbund spielt dabei eine bedeutende Rolle. Die Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover (KRH) fördert die Vernetzung und die Qualitätsverbindlichkeit.

In den somatischen Klinikstandorten ist jeweils eine Gesamtzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 umgesetzt. Zusätzlich werden in den Zentren Audits und Fachzertifizierungen durchgeführt. Die psychiatrischen Einrichtungen des KRH werden bis 2023 nach DIN EN ISO zertifiziert sein.

Erstmalig hat im Jahr 2020 eine externe Auditierung mit erfolgreicher Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 für den Geltungsbereich Führungsprozesse der Geschäftsführung, Kernleistungen der Zentralbereiche, Stabsstellen und Beauftragte mit dem übergeordneten Zweck der Patientenversorgung im Klinikverbund KRH stattgefunden. Betrachtet wurden dabei die Unternehmensstrategie, Unternehmensplanung inkl. Management von Entwicklungen, Unternehmenssteuerung und Unternehmenskommunikation. Die Rezertifizierung ist für Herbst 2023 vorgesehen.

Die Zentralapotheke begann bereits vor einigen Jahren mit gezielten Maßnahmen zum Medikationsmanagement in den KRH Krankenhäusern (z. B. Stationsapotheker/innen, die beim Einsatz von Medikamenten beraten). Auch hier ist die Vernetzung im Verbund sichtbar: das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene sowie die Zentralapotheke des KRH gestalten gemeinsam Maßnahmen, um die Qualität der Verordnung von Antiinfektiva zu verbessern. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert. Multidisziplinäre Teams aus Ärzten / Ärztinnen und Apothekern / Apothekerinnen arbeiten hier gebündelt für unsere Patientinnen und Patienten zusammen.

Die Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen ein relevanter und bedeutender Faktor. Das KRH arbeitet daran, moderne Medizin und vernetzte Kommunikation für die Patientensicherheit umzusetzen. Ein Einsatzgebiet ist beispielsweise die Digitalisierung von Patientenakten. Hier werden Mitarbeitende mittel- und langfristig von zeitraubenden Tätigkeiten entlastet (z. B. Suchen nach medizinischen Befunden). Zudem sind die sichere digitale (da lesbare) Speicherung der Medikation oder der Wegfall von

Doppeldokumentation wesentliche Aspekte, die zugleich die Pflege entlasten als auch die Patientensicherheit erhöhen.

Eine weitere Entwicklungsdynamik, bedingt durch die Corona-Situation und die intensiviertere Digitalisierung, ist das Angebot von Video-Livestreams für Mitarbeiter-, Patienten- und Fortbildungsveranstaltung, beispielsweise:

1. CURA Gesundheitstalk: Kleine Schnitte – Große Wirkung
(https://www.youtube.com/watch?v=23-IXznV6_Q)
2. Sturz im Alter: Damit der Bruch im Knochen nicht zum Bruch in der Biografie wird
(<https://www.youtube.com/watch?v=UNul24rRnuM>)
3. Repetitorium Innere Medizin Herbst 2022
(<https://fortbildungen.univiva.de/courses/unird7b6hl2-repetitorium-innere-medizin-herbst-2022-hybrid-und-ondemand>)

In der Akademie des Klinikum Region Hannover wurde verstärkt auf erweiterte und neue Ausbildungsumgebung und Ausbildung mit verstärktem und ausgebautem Praxisbezug entwickelt. Hierzu gehört u. a. das SkillsLab.

Das SkillsLab ist in den Räumlichkeiten im Untergeschoss der KRH Akademie entstanden und besteht aus einer Aufnahme, zwei Patientenzimmern, einem OP, einer Intensivstation und Behandlungsräumen für Physiotherapeut*innen sowie Lernmöglichkeiten für Hebammen. Alle Räumlichkeiten wurden mit ausgemusterten original Geräten des KRH ausgerüstet, um eine reale Übungslandschaft zu erschaffen. Ziel des SkillsLab ist es, die Lernrealität der Auszubildenden zwischen Praxiseinsatz in den Kliniken und Lernen an der KRH Akademie weiter zu verbinden und beide Bereich didaktisch und praxisbezogen zu vernetzen. Zudem bietet es für Fort- und Weiterbildungsteilnehmende ebenfalls einen Mehrwert das Erlernte in praktischen Übungen anzuwenden. Die Übungssituationen werden in einem späteren Schritt per Kamera an die Klassenkameraden / Kameradinnen in den Klassenräumen übertragen oder aufgezeichnet.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele werden zusammen mit dem gesamten Team der Geriatrie jährlich festgesetzt und auf einer Balance Score Card für die Bereiche Kundenperspektive, Prozessperspektive, Potentialperspektive und Geschäftsperspektive dokumentiert.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Geriatrie Langenhagen ist nach DIN ISO 9001:2015 zertifiziert, hat auch im Bereich der Akutgeriatrie die add on Zertifizierung „Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen“.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Jährliche intern durchgeführte Audits in allen Bereichen
Jährlich externe Audits (DIOcert) in allen Bereichen
Mitarbeiterbefragung
Kontinuierliche, ganzjährige Patientenbefragung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Optimierung der Erfassung der Behandlungsfortschritte und Behandlungsziele der Multimodalen-multiprofessionalen frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Jährliche Audits intern und extern für alle Bereiche