



2022

**KRH PSYCHIATRIE** LANGENHAGEN  
TAGESKLINIK KÖNIGSTRASSE

## STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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



Die KRH Psychiatrie Langenhagen ist eine moderne Fachklinik zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Sie gehört der kommunalen Klinikgruppe der KRH Klinikum Region Hannover GmbH an. Die sozialpsychiatrisch ausgerichtete Einrichtung verfügt über insgesamt zehn Stationen, zwei Institutsambulanzen sowie ambulante und stationäre Ergotherapie. Darüber hinaus ist sie Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Als Patient profitieren Sie von mehr als 150 Jahren Erfahrung im Bereich der psychiatrischen Medizin. Eine Zeitlang war der namhafte Mediziner und spätere Nobelpreisträger Robert Koch in unserem Haus als Arzt tätig. Unser Einzugsgebiet umfasst den gesamten nördlichen Bereich der Landeshauptstadt Hannover sowie das nördliche Umland. Pro Jahr werden rund 2.500 Patienten stationär aufgenommen, wobei die Behandlungen dank zielgerichteter und individueller Therapien selten länger als drei Wochen dauern. Zusätzlich zu den stationären Behandlungen führen wir pro Jahr bis zu 300 teilstationäre und etwa 4.000 ambulante Behandlungen durch.

**DIREKTORIUM**  
KRH Psychiatrie Langenhagen

Ärztlicher Direktor  
Dr. med. Stefan-M. Bartusch  
Telefon: (0511) 7300 501  
Fax: (0511) 7300 518  
E-Mail: stefan.bartusch@krh.de



Pflegedirektorin  
Birgit Krukemeier  
Telefon: (0511) 7300 600  
Fax: (0511) 7300 605  
E-Mail: birgit.krukemeier@krh.de



Kaufmännischer Direktor  
Jochen Glöckner  
Telefon: (0511) 7300 201  
Fax: (0511) 7300 209  
E-Mail: jochen.gloeckner@krh.de

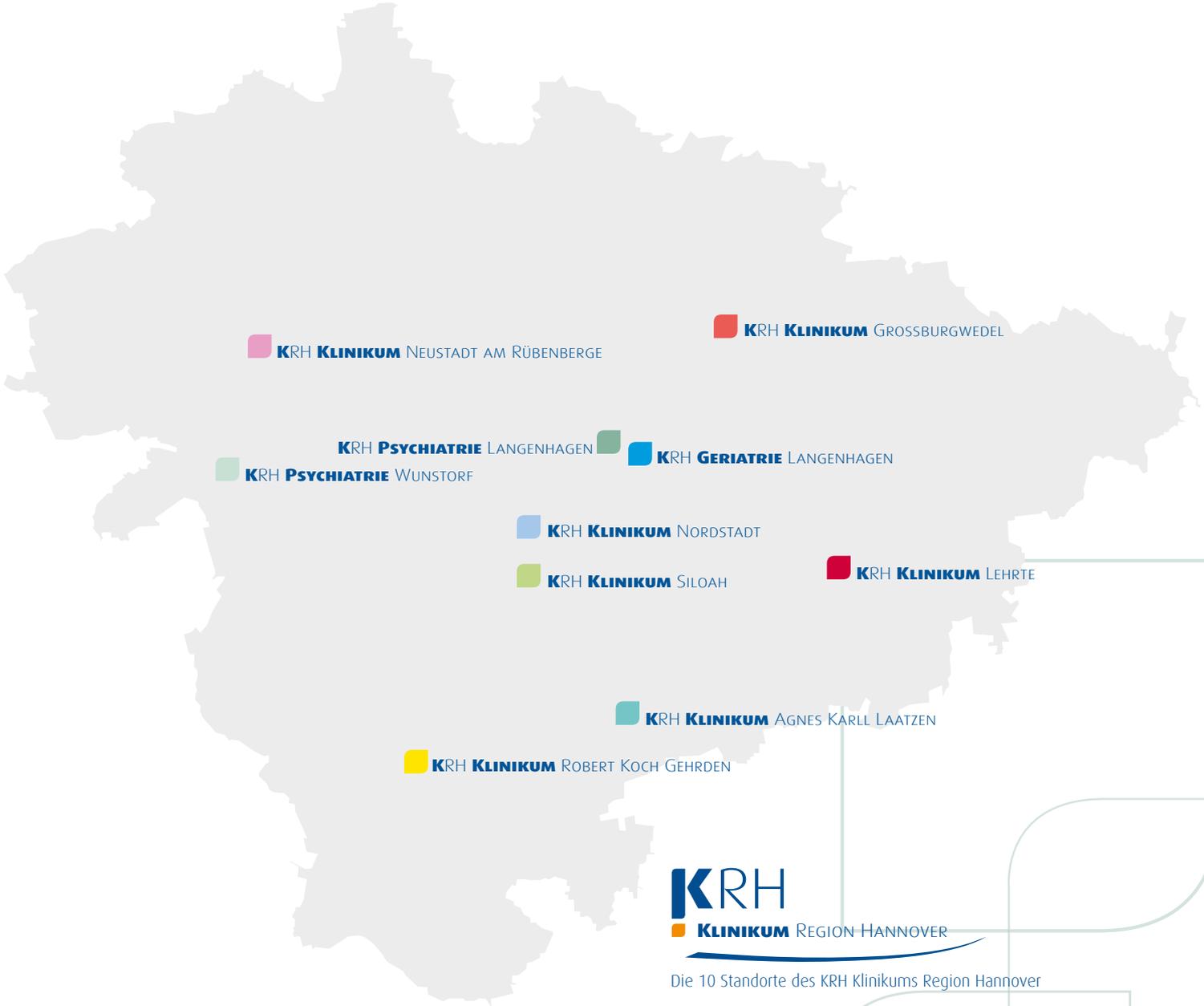


KLINIKEN  
KRH Psychiatrie Langenhagen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt:  
Dr. med. Stefan-M. Bartusch  
Telefon: (0511) 7300 501  
Fax: (0511) 7300 518  
E-Mail: [stefan.bartusch@krh.de](mailto:stefan.bartusch@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 PSYCHIATRIE** LANGENHAGEN

Rohdehof 3  
30853 Langenhagen  
Telefon: (0511) 7300 03  
Fax: (0511) 7300 518  
E-Mail: [info.psychiatrie-langenhagen@krh.de](mailto:info.psychiatrie-langenhagen@krh.de)  
Web: [psychiatrie-langenhagen.krh.de](http://psychiatrie-langenhagen.krh.de)

# **Strukturierter Qualitätsbericht**

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

**für das**

**Berichtsjahr 2022**

**Tagesklinik Königstraße des KRH  
Psychiatrie Langenhagen**

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....</b>	<b>5</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	9
A-9	Anzahl der Betten .....	11
A-10	Gesamtfallzahlen.....	12
A-11	Personal des Krankenhauses .....	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	17
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	32
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	34
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....</b>	<b>36</b>
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	36
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>45</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	45
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	45
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	49
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	49

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	49
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	49
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	49
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	49
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	50
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	62
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>63</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	63
D-2	Qualitätsziele .....	64
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	65
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	65
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	66
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	66

## Einleitung

Qualitätsbericht 2022 KRH Psychiatrie Langenhagen, Tagesklinik Königstraße

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	Psych. Psychotherapeut
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Stefan Gunkel
<b>Telefon</b>	0511/7300-520
<b>Fax</b>	0511/7300-518
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:stefan.gunkel@krh.de">stefan.gunkel@krh.de</a>

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	Chefarzt / Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Stefan-Maria Bartusch
<b>Telefon</b>	0511/7300-501
<b>Fax</b>	0511/7300-518
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Stefan.Bartusch@krh.de">Stefan.Bartusch@krh.de</a>

### Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Link	Beschreibung
<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/ergotherapeutische-ambulanz">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/ergotherapeutische-ambulanz</a>	Ergotherapeutische Ambulanz
<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/psychiatrische-institutsambulanz-langenhagen">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/psychiatrische-institutsambulanz-langenhagen</a>	Psychiatrische Institutsambulanz Langenhagen
<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/psychiatrische-institutsambulanz-koenigstrasse">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/psychiatrische-institutsambulanz-koenigstrasse</a>	Psychiatrische Institutsambulanz Königstraße
<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken</a>	Tagesklinik Königstraße

# 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

### Einleitung

Die KRH Psychiatrie Langenhagen ist eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zur Behandlung im Erwachsenenalter. Die Klinik erfüllt einen gemeindepsychiatrischen Versorgungsauftrag für ca. 300.000 Bürger. Der zugeordnete Sektor umfasst den Norden Hannovers bis in die Innenstadt hinein, einschließlich des Hauptbahnhofs sowie die Stadt Langenhagen mit dem Flughafen und den angrenzenden Gemeinden. Die KRH Psychiatrie Langenhagen bietet neben psychiatrisch/psychotherapeutisch-vollstationären und tagesklinischen Behandlungsplätzen auch zwei Institutsambulanzen an (eine auf dem Klinikgelände, eine weitere in der Innenstadt) sowie eine ambulante Arbeits- und Ergotherapie an zwei Standorten. Die therapeutische Arbeit wird von ca. 200 Vollzeitkräften geleistet. Außer Ärztinnen/Ärzten und Mitarbeiter/innen der Pflege sind an der integrativen Therapie auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Psychologen und Psychologinnen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie und der Physiotherapie beteiligt. Sie gemeinsam bilden das multiprofessionelle Behandlungsteam.

Die Tagesklinik in der Innenstadt war zur Gründungszeit eine der ersten Institutionen dieser Art in der Bundesrepublik und ist seit Jahrzehnten ein wesentlicher Behandlungsbereich der KRH Psychiatrie Langenhagen. Sie sieht ihre Aufgaben in der Verhinderung, Verkürzung oder Nachsorge einer Krankenhausbehandlung. Die Tagesklinik ist mit ihrer Nähe zum Hauptbahnhof Hannover sehr gut zu erreichen. Die Behandlung ist organisiert auf drei Stationen, wobei eine Station einen suchttherapeutischen Schwerpunkt verfolgt.

Seit über 20 Jahren bietet die Klinik zwei ergotherapeutische Ambulanzen mit einem Standort auf dem Klinikgelände und in der Innenstadt (Deisterstraße) an; mit beiden Ambulanzen arbeitet die Tagesklinik eng zusammen ebenso wie mit der Psychiatrischen Institutsambulanz im Nachbargebäude.

Die angebotenen Therapieformen beinhalten neben der differenzierten und multimodalen ärztlich-psychologischen Behandlung Behandlungskomponenten wie Ergotherapie, Sozialtraining, Kreativgruppen, Einzel- und Paargespräche, Gesprächsgruppen mit einem weiten Konzeptspektrum, Sport- und Freizeitaktivitäten sowie Entspannungsgruppen. Angehörige werden – soweit sinnvoll und gewünscht – in die Behandlung einbezogen.

Für alle Patientinnen und Patienten stehen während der Behandlung persönlich zugeordnete feste Ansprechpartner zur Verfügung. Dieses „Bezugstherapeutesystem“ schafft Vertrauen und Kontinuität. In unterschiedlichen therapeutischen Gruppen werden unter anderem Konfliktlösungen und Problembewältigungsstrategien entwickelt. Ein konzeptorientiertes multimodales Wochenprogramm stärkt die Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Fähigkeit zur Problemlösung und die Bewältigung täglicher Aktivitäten.

Patientinnen und Patienten erhalten regelhaft sozialarbeiterische Hilfestellung. Der Sozialdienst der Klinik unterstützt Patientinnen und Patienten in sozialen Problemlagen wie z.B. Sicherung der finanziellen Lebensgrundlage, der (Re-)Organisation von Alltagsbezügen, sozialer und beruflicher Integration. Hierbei ist eine enge Kooperation mit nachbehandelnden und betreuenden Einrichtungen und Institutionen von großer Wichtigkeit.

Die KRH Psychiatrie Langenhagen ist mit ihren stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten Teil des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. Sie unterhält u.a. Kooperationsbeziehungen zu den Sozialpsychiatrischen Diensten, zu Selbsthilfegruppen, Anbietern ambulant betreuten Wohnens (ABW), stationären Wohneinrichtungen, Anbietern gerontopsychiatrischer Hilfen, der Hilfe zum Leben in der Gemeinschaft wie Tagesstätten, Kontaktstellen sowie Anbietern von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die enge Kooperation zum unterstützenden komplementären Umfeld kann Behandlungszeiten verkürzen und fördert die individuelle Integration nach der Entlassung aus der Klinik.

Krankenhaus	
<b>Krankenhausname</b>	Tagesklinik Königstraße des KRH Psychiatrie Langenhagen
<b>Hausanschrift</b>	Königstraße 6 30175 Hannover
<b>Zentrales Telefon</b>	0511/1684-5187
<b>Fax</b>	0511/388-4871
<b>Zentrale E-Mail</b>	<a href="mailto:ina.mogilewska@krh.de">ina.mogilewska@krh.de</a>
<b>Postanschrift</b>	Rohdehof 3 30853 Langenhagen
<b>Institutionskennzeichen</b>	260320688
<b>Standortnummer aus dem Standortregister</b>	772930000
<b>Standortnummer (alt)</b>	00
<b>URL</b>	<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken</a>

## Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt / ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	<a href="mailto:stefan.bartusch@krh.de">stefan.bartusch@krh.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Birgit Krukemeier
Telefon	0511/7300-600
Fax	0511/7300-605
E-Mail	<a href="mailto:birgit.krukemeier@krh.de">birgit.krukemeier@krh.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Jochen Glöckner
Telefon	0511/7300-201
Fax	0511/7300-209
E-Mail	<a href="mailto:jochen.gloeckner@krh.de">jochen.gloeckner@krh.de</a>

Ab September 2022 hat Herr Bastian Flohr die Funktion des Pflegedirektors sowie geschäftsführenden Direktors übernommen, ebenso übernahmen nach dem Ausscheiden von Hr. Glöckner im September 2022 Herr Manfred Glasmeyer und Herr Leon Oppermann als Doppelspitze die Funktion des kaufmännischen Direktoriums.

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover Psychiatrie GmbH (kurz KRH Psychiatrie GmbH)
Art	Öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/ Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	sozialpsychiatrische Interventionen
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Aufenthaltsraum, Café
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Physiotherapeutin
Titel, Vorname, Name	Astrid Schubart
Telefon	0511/7300-560
E-Mail	<a href="mailto:astrid.schubart@krh.de">astrid.schubart@krh.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF11	Besondere personelle Unterstützung

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Rahmen der Ausbildung können vorgeschriebenen Praktika durchgeführt werden.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie">https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie</a></p>
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</a></p>
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p><a href="https://akademie.krh.de/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft">https://akademie.krh.de/praktisches-jahr/hebammenwissenschaft</a></p>

HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.  <a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz">https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</a>
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.  <a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft">https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft</a>
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.  <a href="https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft">https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachkraft</a>

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	50

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	176
Ambulante Fallzahl	3289
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,56

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,38	
Ambulant	2,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,56	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,7

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,56	
Ambulant	1,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,7	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 6,26

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,26	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,26	
Nicht Direkt	0	

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

## **A-11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

### **Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 0,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,57	
Nicht Direkt	0	

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,9

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 2,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,57	
Nicht Direkt	0	

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,3	
Nicht Direkt	0	

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte: 2,48

## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	1,58	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,48	
Nicht Direkt	0	

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Christina Kausch
Telefon	05031/93-1388
Fax	05031/93-1207
E-Mail	<a href="mailto:christina.kausch@krh.de">christina.kausch@krh.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Fragen des Qualitätsmanagements werden mit dem Chefarzt und dem Direktorium sowie mit dem zentralen Bereich Qualitäts- und Prozessmanagement des Klinikverbunds (KRH) abgestimmt.
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Jochen Glöckner
Telefon	0511/7300-201
Fax	0511/7300-209
E-Mail	<a href="mailto:jochen.gloeckner@krh.de">jochen.gloeckner@krh.de</a>

---

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Fragen des Qualitätsmanagements werden mit dem Chefarzt und dem Direktorium sowie mit dem zentralen Bereich Qualitäts- und Prozessmanagement des Klinikverbunds (KRH) abgestimmt.
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

---

### 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: QM-Dokumentation im Rahmen des Klinikverbundes Datum: 14.11.2022	Klinikweites Risikofrüherkennungssystem seit Jahren, Handbuch mit Anlagen im Intranet ( <a href="http://intranet/zb/risiko/index.htm">http://intranet/zb/risiko/index.htm</a> ) . Internes Berichtssystem für kritische Zwischenfälle ("besondere Vorkommnisse") .
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerztherapie medikamentös und nichtmedikamentös Datum: 14.11.2022	Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung wird eine multimodale Schmerztherapie angeboten mit pharmakologischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen und ergänzenden Maßnahmen.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: aktualisiert Datum: 14.11.2022	Über das Krankenhausinformationssystem steht ein geregeltes Verfahren zur umgehenden Instandsetzung / Reparatur defekter Geräte zur Verfügung.

RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen</li> <li>- Qualitätszirkel</li> </ul>	Es erfolgen interne und externe Supervisionen, Fallkonferenzen und Fallbesprechungen in unterschiedlichen therapeutischen und qualitätssichernden Kontexten sowie im Rahmen von Aus- und Weiterbildung sowie Balintgruppenarbeit.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM18	Entlassungsmanagement	Name: multidisziplinäres Entlassungsmanagement Datum: 14.11.2022	An der Erarbeitung und Umsetzung einer tragfähigen nachstationären Behandlungs- und Versorgungsstruktur arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen (Sozialdienst (Klärung von Wohn- / Einkommens- Arbeitsplatzfragen), Ärzte (ambulante Therapievorbereitung) und Pflegekräfte zusammen.

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	halbjährlich
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	Fehlermeldung und -Reflexion erfolgt in Abhängigkeit der Schwere der Auswirkungen individuell. Die Behandlung von schwer psychisch Kranken erfordert ein ständiges und hohes Maß an Reflexion - auch im ethischen Sinne - bezüglich Sicherheit und Angemessenheit von therapeutischen und Sicherungsmaßnahmen. Dies erfolgt hier regelhaft in jedem einzelnen Behandlungsfall wiederholt im Rahmen der individualisierten Therapie.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	14.11.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und 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

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Nein

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	Externe Qualitätssicherung durch Besuchskommission des Landtages und Berichtspflicht gegenüber dem Niedersächsischen Sozialministerium bei bestimmten Vorkommnissen.

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Direktor des IMK, Dr. U. Mai, mit entsprechenden Stellenanteilen
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	mit 0.25 VK zusammen mit Psychiatrie Langenhagen
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	<a href="mailto:stefan.bartusch@krh.de">stefan.bartusch@krh.de</a>

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	3,79 ml/Patiententag
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	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
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: <a href="http://www.krh.de">http://www.krh.de</a>	Krankenhausspiegel Hannover; SGB V, §37
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus Netzwerk Region Hannover	Region Hannover
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Internes Konzept: QZ Händehygiene seit 2007
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden mindestens jährlich und bei Bedarf statt
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt

## 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 Beschwerdekordinatoren 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 eine schriftliche Verfahrensanweisung für das Beschwerdemanagement KRH, die für alle Kliniken und Organisationsbereiche des Unternehmens Gültigkeit hat. Dieses Konzept 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.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt.
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	Nein
--------------	------

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	<a href="https://www.krh.de/lob-tadel">https://www.krh.de/lob-tadel</a>
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Zentrale Beschwerdemanagement möglich. Die Meldenden sind in der Regel an einer aktiven Rückmeldung interessiert und können angeben, ob sie persönlich dazu angesprochen werden möchten.

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Beschwerdemanager
Titel, Vorname, Name	Herr Dipl.-Psych. Stefan Gunkel
Telefon	0511/7300-520
Fax	0511/7300-518
E-Mail	<a href="mailto:lobundtadel.langenhagen@krh.de">lobundtadel.langenhagen@krh.de</a>

#### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	<a href="http://www.krh.eu">http://www.krh.eu</a>
Kommentar	Ansprechperson siehe oben

### Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

#### Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Eleonore Hein
Telefon	0511/7300-276
Fax	0511/7300-518
E-Mail	<a href="mailto:Patientenfuersprecher.Psych-LGH@extern.krh.de">Patientenfuersprecher.Psych-LGH@extern.krh.de</a>

## Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

### Kommentar

Im Berichtsjahr 2016 wurde die Patientenfürsprecherin für die Psychiatrie Langenhagen berufen und ist auch in 2022 weiterhin in dieser Funktion tätig. Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des Klinikum Region Hannover (KRH) sondern, unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren.

## 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](mailto: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®, MediQ.ch
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet

AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- 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	- 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

### 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
AA01	Angiographiegerät/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	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	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung 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“
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	-	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“

AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezestörung 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“
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“
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	„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	Die tagesklinische Behandlung dient der elektiven Behandlung und nicht der Notfallversorgung.
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

Die tagesklinische Behandlung dient der elektiven Behandlung und nicht der Notfallversorgung.

---

#### 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 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt / Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	<a href="mailto:stefan.bartusch@krh.de">stefan.bartusch@krh.de</a>
Straße/Nr	Königstraße 6
PLZ/Ort	30175 Hannover
Homepage	<a href="https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken">https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken</a>

#### 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
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
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	176

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

## 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: 4,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,38	
Ambulant	2,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 1,7

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,56	
Ambulant	1,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### 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: 6,26

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,26	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

### **B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

#### **Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 0,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,9

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 2,57

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Personen: 2,48

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,9	
Ambulant	1,58	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

---

## C Qualitätssicherung

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

#### 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)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich 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.

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesen- versorgung (HEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen- implantation (HEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen- wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssyste me (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssyste me/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesen- versorgung (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.
Neonatalogie (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-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-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)	4
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	3
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	3

## **C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

### **C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Trifft für die Psychiatrie nicht zu.

---

## **C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Trifft für die Psychiatrie nicht zu.

---

## **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 Anhaltzahlen 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 %.

### **Gesamtkommentar**

Erfüllung der Mindestmengenvorgaben auf Einrichtungsebene in der Erwachsenenpsychiatrie:

Auf Grund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“], gilt im Q1, Q2 und Q3 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit >90% als nicht erfüllt.

---

## **Nachweis 1. Quartal**

### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises**

1. Quartal 2022

### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung**

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

---

### C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

#### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

##### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

##### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 10	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 8	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 9	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

##### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1633
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	873

#### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1091
Pflegefachpersonen	6459
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	585

Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	805
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	147
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	70

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	
<b>Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?</b>	Nein

#### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	955	114,27
Pflegefachpersonen	Ja	2716	237,81
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	889	65,79
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1407	57,18
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	138	106,78
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	659	10,62

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	135,38 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 2. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

2. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

---

## C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

#### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 10	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 8	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 9	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1574
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	706

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	547
Pflegefachpersonen	1166
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	371
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	591
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	76
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	0

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	
Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?	Nein

### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Nein	955	57,31
Pflegefachpersonen	Nein	2716	42,93
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	889	41,70
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1407	42,00
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Nein	138	55,41
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	659	0,00

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	40,68 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 3. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

3. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

---

### C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

#### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

##### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

##### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 10	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 8	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 9	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1664
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	685

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1008
Pflegefachpersonen	2142
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	549
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1143
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	280
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	632

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	
Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?	Nein

### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	896	112,45
Pflegefachpersonen	Nein	2550	84,01
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	833	65,88
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1328	86,10
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	130	215,36
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	603	104,81

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	90,75 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## Nachweis 4. Quartal

### C-9.1 Zeitraum des Nachweises

4. Quartal 2022

### C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

---

### C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

#### C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

##### C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

##### C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 10	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 8	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 9	0	17	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

### C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1687
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	668

### C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1087
Pflegefachpersonen	5699
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	191
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	717
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	180
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	903

### C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

#### C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	
Wurden die Mindestvorgaben in der Einrichtung insgesamt eingehalten?	Nein

### C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	898	121,04
Pflegefachpersonen	Ja	2558	222,77
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	836	22,86
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1331	53,87
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	131	137,14
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	601	150,25

### C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	138,10 %

### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein

## **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.

Erstmals 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 Antinfektiva 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](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 Bereiche 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

Aus den übergreifenden Unternehmenszielen, aber insbesondere auch aus den individuellen Schwerpunkten der jeweiligen Kliniken leiten sich hochwertige Qualitätsziele in den Einrichtungen der Klinikum Region Hannover GmbH ab. Unter dem Motto "Lernen von dem Besten" werden Qualitätskennzahlen der einzelnen Krankenhäuser innerhalb der Gruppe verglichen. Übergreifende Qualitätsziele beziehen sich insbesondere auf die im Folgenden beschriebenen Themenfelder und unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess:

1. Konsequente Patienten- und Kundenorientierung (neben den Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören auch Angehörige und Besucher, einweisende Ärztinnen/Ärzte und Partner weiterer Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Politiker und Medien zu den Kunden der Krankenhäuser)
2. Medizinisches Leistungsangebot entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und orientiert an nationalen und internationalen Standards
3. Perspektivisch kontinuierliche Weiterentwicklung und Maßnahmenumsetzung unter den Aspekten Ergebnisqualität und Patientensicherheit
4. Konsequente patientenzentrierte Prozessorientierung unter anderem zur Entlastung der Mitarbeiter/innen
5. Effiziente Nutzung der Ressourcen

6. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung, "Lernendes Unternehmen"
7. Externe Kooperationen und (Vertrags-)Partnerschaften mit Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten, ambulante und stationäre Pflege
8. Gesellschaft und Umwelt
9. Nutzen der unternehmenseigenen Expertise zum Aufbau eines Netzwerks mit spezialisierten Zentren zur Sicherstellung der wohnortnahen stationären Krankenversorgung

### **D-3 Aufbau des einrichtungswinternen Qualitätsmanagements**

Auf Konzernebene ist eine zentrale Abteilung Qualitätsmanagement eingerichtet. Die dortigen Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagement-Beauftragten der Häuser beratend zur Verfügung. Als zentrales Gremium ist ein Netzwerk Qualitätsmanagement etabliert.

Das Netzwerk dient als Forum für die Bearbeitung hausübergreifender Themen sowie für den kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch. Gemeinsam werden entscheidungsrelevante Belange des Qualitätsmanagements diskutiert und Vorschläge für ein konzernweites Vorgehen erarbeitet, die der Geschäftsführung zur Entscheidung vorgelegt werden.

### **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

Zur Messung und Verbesserung der Qualität setzt die Klinikum Region Hannover GmbH folgende Instrumente des Qualitätsmanagements konzernweit ein:

#### **Managementtraining**

Seit Jahren durchgängig führen die Abteilungsleitungen gemeinsam mit den Stationsleitungen vier Mal jährlich ein Managementtraining durch. Hierzu erfolgt u.a. eine berufsgruppenübergreifende kollegiale Beratung sowie Supervision. Diese Maßnahme trägt entscheidend dazu bei, die Kooperation und Kommunikation der am Behandlungsprozess der Patienten beteiligten Mitarbeiter zu verbessern.

#### **Qualitätssicherungszirkel-Pflege**

Wöchentlich wird ein „Qualitätssicherungszirkel Pflege“ abgehalten zur

- flexiblen und raschen Lösung situativ aufgetretener Probleme
- längerfristigen Steuerung und Verbesserung von Prozessabläufen
- psychiatrisch fachbezogenen Leitbildvertiefung
- permanenten Implementierung von Leitbildgedanken

## **Fortbildungsmanagement**

- tägliche Morgenbesprechungen über aktuelle Probleme, Maßnahmenfestlegung, juristische Implikationen
- Mitarbeiterforum mit Fortbildungen für alle Berufsgruppen sowohl mit internen als auch mit externen Referenten
- berufsübergreifende teamorientierte Supervision
- wöchentlich Weiterbildungs- / Fortbildungsveranstaltungen für alle Berufsgruppen mit internen und externen Referenten
- fortlaufend Balintgruppen, auch für externe Ärzte/Psychotherapeuten

## **Sicherstellung der Transparenz und Kommunikation**

- zweimal jährlich stattfindende Leitungskonferenzen mit den Abteilungs- und Bereichsleitungen unter Beteiligung der Geschäftsführung

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Die Projekte am Hauptstandort in Langenhagen werden ideell und ggf. / z.T. personell je nach Inhalt und Zuständigkeit auch vom Standort Königstraße mitgetragen.

Eigene neue QM-Projekte am Standort Königstraße sind im Berichtsjahr nicht zu verzeichnen.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Die KRH Psychiatrie Langenhagen betreibt ein aktives, effektives und ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement. Die notwendigen Strukturen, wie eine Projekt- und Prozessmanagement, Strategieworkshops und andere zentrale Instrumente, die ein Qualitätsmanagement ausmachen, sind im Krankenhaus eingeführt und werden kontinuierlich weiterentwickelt.

In diesem Kontext ist ein wichtiger Bestandteil zur Evaluation der Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad, sich mit anderen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen zu vergleichen bzw. messen zu lassen.

Zudem beteiligt sie sich an verschiedenen Auswertungs- und Bewertungsverfahren: Daten zur Suizidgefährdung werden sowie allgemeine patienten- und versorgungsrelevante Parameter fortlaufend erfasst und für die Optimierung der Behandlungsqualität genutzt. Ferner werden Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeitern gefördert und dokumentiert.