

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2024

**Tagesklinik Königstraße des KRH
Psychiatrie Langenhagen**

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	10
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-13	Besondere apparative Ausstattung	31
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	33
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	35
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	35
C	Qualitätssicherung	44
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	44
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	50

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	50
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	50
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	50
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	50
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	51
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	51
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	51
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	64
D	Qualitätsmanagement	65
D-1	Qualitätspolitik	65
D-2	Qualitätsziele	66
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	66
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	67
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	67
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	68

- Einleitung

Qualitätsbericht 2024 KRH Psychiatrie Langenhagen, Standort Königstraße

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitätsmanagement-Beauftragte
Titel, Vorname, Name	Katharina Kentrat
Telefon	0511/7300-800
Fax	0511/7300-209
E-Mail	katharina.kentrat@krh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführender Direktor und Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Bastian Flohr
Telefon	0511/7300-600
Fax	0511/7300-209
E-Mail	bastian.flohr@krh.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

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

Einleitung Qualitätsbericht KRH Psychiatrie Langenhagen inkl. des Standortes Königstraße

Die KRH Psychiatrie Langenhagen ist für die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen zuständig. Dieser Versorgungssektor umfasst den Norden Hannovers bis in die Innenstadt einschließlich des Hauptbahnhofs sowie die Stadt Langenhagen mit dem Flughafen und den angrenzenden Gemeinden mit ca. 300.000 Einwohnern. Beide Standorte erfüllen einen gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsauftrag. Die Standorte in Langenhagen und in der Königstraße in Hannover befinden sich integriert mitten in den Zentren der Städte.

Das Behandlungsangebot am Standort Langenhagen besteht aus ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten. Am Standort in der Königstraße in Hannover werden außerdem teilstationäre sowie ambulante Behandlungen angeboten. Die KRH Psychiatrie Langenhagen ist mit ihren stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten Teil des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

Die KRH Psychiatrie Langenhagen besteht aus der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie. Es wird ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren behandelt. Im integrativen Behandlungskonzept werden Patient:innen nach individueller Indikation regionalisierten Behandlungsstationen zugewiesen.

Auch an dem dezentralen Standort in der Königstraße in Hannover werden ambulante Behandlungen in den Institutsambulanzen und teilstationäre Behandlungen angeboten. Außerdem besteht ein Behandlungsangebot in zwei ergotherapeutische Ambulanzen, am Standort Langenhagen und in der Deisterstraße in der Innenstadt von Hannover.

Die psychiatrische Versorgung in der KRH Psychiatrie Langenhagen wird von einem breit aufgestellten, multiprofessionellen Team gewährleistet. Rund 200 Vollzeitkräfte arbeiten eng zusammen, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen. Das Team umfasst Ärzt:innen, Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie weitere Spezialisten. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die Klinik jährlich etwa 13.000 Patientinnen und Patienten versorgen, sowohl in ambulanter, teilstationärer als auch stationärer Form. Diese vielfältige Betreuung stellt sicher, dass die individuellen Bedürfnisse jedes Einzelnen umfassend berücksichtigt werden.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Psychiatrie Langenhagen Standort Königstraße
Hausanschrift	Königstraße 6 30175 Hannover
Zentrales Telefon	0511/1684-5187
Fax	0511/388-4871
Zentrale E-Mail	ina.mogilewska@krh.de
Institutionskennzeichen	260320688
Standortnummer aus dem Standortregister	772930000
URL	https://psychiatrie-langenhagen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt / Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	stefan.bartusch@krh.de

Pflegedienstleitung

Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsführender Direktor und Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Bastian Flohr
Telefon	0511/7300-600
Fax	0511/7300-209
E-Mail	bastian.flohr@krh.de

Verwaltungsleitung

Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Leon Oppermann
Telefon	0511/7300-200
Fax	0511/7300-209
E-Mail	leon.oppermann@krh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover 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 nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Aufenthaltsraum, Café
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM42	Seelsorge		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Schwerbehindertenbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Astrid Schubart
Telefon	0511/7300-560
E-Mail	astrid.schubart@krh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF24	Diätische Angebote
BF25	Dolmetscherdienst
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

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	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Rahmen des Studienganges Physiotherapie B. Sc. stehen Ausbildungsplätze in Kooperation mit der HAWK Hildesheim zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann
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/pflegefachfrau/pflegefachmann

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	50

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	7606
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: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,44	
Ambulant	2,14	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,4	
Ambulant	0,84	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,24	
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: 6,59

Kommentar: Davon 1,24 VK mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,59	
Ambulant	1	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,59	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	1	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

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

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen (M. Sc. oder M. A.)

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0,78	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,36	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,27	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,02	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,4	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0,75	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Angaben zur verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Standortübergreifende Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Meike Ricke
Telefon	05031/93-1388
Fax	05031/93-1207
E-Mail	meike.ricke@krh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Die KRH Psychiatrie Langenhagen verfügt über eine QM-Steuerungsgruppe. Mitglieder: Direktorium, Leitung Qualitätsmanagement, Chefärzte, Ltd. Oberärzte oder ein Oberarzt pro Fachklinik, Berufsgruppenleitungen, QMB, Leiter Bau und Technik, Betriebsrat
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement
Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.	
Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Leon Oppermann
Telefon	0511/7300-201
Fax	0511/7300-209
E-Mail	leon.oppermann@krh.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Die Überwachung sowie Überprüfung findet regelmäßig statt. Der Risikomanagementverantwortliche und die Risikomanagementbeauftragte bewerten mindestens halbjährlich die Risiken. Die Ergebnisse werden dokumentiert und mind. 1x jährlich im Direktorium sowie in der QM-Steuerungsgruppe vorgestellt.
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

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 sowie am Standort. Datum: 03.01.2023	Klinikweites Risikofrüherkennungssystem seit Jahren, Handbuch mit Anlagen im Intranet (http://intranet/zb/risiko/index.htm) . Internes Berichtssystem für kritische Zwischenfälle ("besondere Vorkommnisse") .
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerztherapie medikamentös und nichtmedikamentös Datum: 05.04.2023	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: 17.05.2021	Über das Krankenhausinformationssystem steht ein geregeltes Verfahren zur umgehenden Instandsetzung / Reparatur defekter Geräte zur Verfügung.

RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	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: 01.06.2022	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	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	Die Meldungen von besonderen Vorkommnissen werden sofort an die Klinikleitung weitergeleitet, dort bewertet und bei Bedarf geeignete Maßnahmen eingeleitet. Zudem werden Fallbesprechungen in den Fachkliniken abgehalten. Eine Verfahrensanweisung für das unternehmensweite CIRS-System (Critical Incident Reporting System) liegt vor und ist umgesetzt. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen finden monatlich statt.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	15.11.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Nein

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	Externe Qualitätssicherung durch Besuchskommission des Landtages und Berichtspflicht gegenüber dem Niedersächsischen Sozialministerium bei bestimmten Vorkommnissen.
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	Direktor des IMK, Dr. U. Mai, mit entsprechenden Stellenanteilen
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	mit 0.25 VK zusammen mit Psychiatrie Langenhagen
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerrichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	stefan.bartusch@krh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Einige hier beschriebenen Krankheitsbilder treffen für Patient*innen einer psychiatrischen Klinik nicht zu. Im Falle einer hier beschriebenen infektiösen Erkrankung erfolgt eine Verlegung in ein somatisches Haus des Unternehmens.

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

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

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben

Nein

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 erfolgt zum Beispiel durch Flyer MRSA-Netzwerke:

Ja

Informationsmanagement für MRSA liegt vor

Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

**Risikoadaptiertes
Aufnahmescreening
(aktuelle RKI-
Empfehlungen)**

Teilweise

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: http://www.krh.de	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 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 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 Anliegen wurden in der Regel schriftlich vorgetragen. Dabei wurde in wenigen Fällen ein klassischer Brief genutzt. Der größte Anteil aller Kontakte ging über digitale 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	Nein
--------------	------

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Nein
---------	------

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Beschwerdekoordinatorin
Titel, Vorname, Name	Katharina Kentrat
Telefon	0511/7300-800
Fax	0511/7300-209
E-Mail	lobundtadel.langenhagen@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	
------------------	--

Kommentar	
-----------	--

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Angaben zur Patientenfürsprecherin/zum Patientenfürsprecher zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	N.N.
Titel, Vorname, Name	N.N. N.N.
Telefon	0511/7300-276
E-Mail	Patientenfuersprecher.Psych-LGH@extern.krh.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar	Die Patientenfürsprecherin stellt sich per Aushang auf den Stationen mit ihren Kontaktdaten vor, sodass bei Bedarf ein Kontakt und Gespräch stattfinden kann. Bei Bedarf findet ein vertrauensvoller Austausch mit dem Qualitätsmanagement statt. Patientenfürsprecher:innen sind keine Mitarbeiter:innen des Klinikum Region Hannover (KRH) sondern, unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren. Die Stelle der Patientenfürsprecher:in war zum Stichtag im Berichtsjahr vakant.
------------------	---

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
Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk
Telefon	0511/927-6901
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, zum Beispiel 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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, das heißt 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	- 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	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)	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 Teil A § 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 unter anderem 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 Teil A § 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 Teil A § 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/D SA	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	Hochfrequenzthermotherapiegerät	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	Röntgengerät 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 Gewebeerstörung 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/Blasendruck messung/Urodynamis- cher Messplatz	Harnflussmessung	-	„Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar“
AA69	Linksherzkatheterlab- or	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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der 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 1b Satz 3 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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt / Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Stefan-Maria Bartusch
Telefon	0511/7300-501
Fax	0511/7300-518
E-Mail	stefan.bartusch@krh.de
Straße/Nr	Königstraße 6
PLZ/Ort	30175 Hannover
Homepage	https://psychiatrie-langenhausen.krh.de/kliniken-ambulanzen/tageskliniken

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	0

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 geriatrischen Erkrankungen (VN19)
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)
Angebotene Leistung	Psychoonkologie (VP14)
Angebotene Leistung	Spezialprechstunde (VP12)

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: 4,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,44	
Ambulant	2,14	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,4	
Ambulant	0,84	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ42	Neurologie

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: 6,59

Kommentar: Davon 1,24 VK mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,59	
Ambulant	1	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	1	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
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
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP24	Deeskalationstraining
ZP13	Qualitätsmanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen (M. Sc. oder M. A.)

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0,78	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0,75	In der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
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 DAS
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 mit osteosynthetischer Versorgung (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.

Cholezystektomie (CHE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	10	100,00 %	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
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 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.

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/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.

Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel 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.
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 A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Trifft nicht zu.

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-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer

Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

C-6.2.3 Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL

Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL:

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)	7
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 differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Nachweis 1. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

1. Quartal 2024

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/Konzept station
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	1668
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	758

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1201
Pflegefachpersonen	2067
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	647
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1458
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	46
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	658

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	906	132,56
Pflegefachpersonen	Nein	2580	80,12
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	844	76,66
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Ja	1339	108,89
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Nein	132	34,85
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	616	106,82

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst

Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	94,70 %

C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein
Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält	Nein

Nachweis 2. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

2. Quartal 2024

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/Konzept station
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	1640
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	921

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	930
Pflegefachpersonen	2019
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	681
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1263
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	124
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	554

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	878	105,92
Pflegefachpersonen	Nein	2497	80,86
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	817	83,35
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Ja	1291	97,83
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	126	98,41
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	607	91,27

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst

Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	89,62 %

C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl in der Pflichtversorgung	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein
Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält	Nein

Nachweis 3. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

3. Quartal 2024

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/Konzept station
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	1722
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	837

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1078
Pflegefachpersonen	2745
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	661
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1229
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	297
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	637

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	976	110,45
Pflegefachpersonen	Ja	2775	98,92
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Nein	906	72,96
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1440	85,35
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	141	210,64
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	667	95,50

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst

Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	96,26 %

C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl in der Pflichtversorgung	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein
Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält	Nein

Nachweis 4. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

4. Quartal 2024

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/Konzept station
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	1759
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	889

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	761
Pflegefachpersonen	2304
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	960
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1020
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	223
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	656

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonal-ausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Nein	1010	75,35
Pflegefachpersonen	Nein	2871	80,25
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	938	102,35
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	1487	68,59
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	148	150,68
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	692	94,80

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst

Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	82,90 %

C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	Nein
Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl in der Pflichtversorgung	Nein
Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	Nein
Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält	Nein

C-9.4 Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL

Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL
Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“] gilt im Q1 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 95 % sowie im Q3 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 90 % als nicht erfüllt.

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“

Das Selbstverständnis des Klinikums Region Hannover (KRH) spiegelt unser Bewusstsein für eine hochwertige und moderne Patientenversorgung im gesamten Klinikverbund wieder. Alle Einwohner*innen der Region müssen jederzeit auf bedarfsgerechte Versorgungsangebote zugreifen und von einer flächendeckenden Versorgung profitieren können. Dieser Versorgungsauftrag wird von der Qualitätsstrategie des Klinikverbundes fortwährend unterstützt.

In 2024 wurden die Maßnahmen der im Vorjahr veröffentlichten Medizinstrategie 2030 weiter umgesetzt. Im Sinne einer Spezialisierung und Stärkung des Leistungsangebotes wurde z. B. die Zusammenführung der Krankenhäuser Großburgwedel und Lehrte begonnen sowie die Verlagerung der Geriatrie aus Langenhagen an den Standort Nordstadt vorbereitet. Am Standort Laatzen wurde mit der Konzeption eines intersektoralen Versorgungsangebotes begonnen.

Das KRH investiert weiterhin in die Digitalisierung und arbeitet fortlaufend an der Modernisierung und Automatisierung seiner Prozesse. Eine zentrale Rolle spielt hierbei z. B. das mehrjährige Projekt zum Patientenportal „Dein KRH“. Dieses bietet eine zentrale Plattform zur Verbesserung der Patientenkommunikation, zur Optimierung administrativer Prozesse sowie zur standortübergreifenden Vernetzung. Es stehen zahlreiche digitale Services zur Verfügung: Unter anderem können Termine eingesehen und verwaltet werden, sowohl für ambulante als auch stationäre Leistungen. Auch Informationsmaterialien zu unseren Standorten und Fachkliniken sind jederzeit abrufbar. Es können sogar Behandlungsverträge in den somatischen Kliniken digital zugewiesen und bereits mobil von zu Hause aus unterzeichnet werden – ein weiterer Schritt in Richtung papierloser und effizienter Patientenkommunikation.

Ein Krankenhaus benötigt viele Materialien, die in richtiger Qualität und Menge an der richtigen Stelle vorrätig sein müssen. Daher hat der Klinikverbund eine moderne Krankenhauslogistik etabliert. Eine digitale Warenverfolgung mithilfe von Barcode-Scannern und digitalem Verwaltungssystem sorgt dafür, dass für unsere Patienten z. B. das richtige Implantat zuverlässig im dafür vorgesehenen OP-Saal am OP Tag vorhanden ist.

Im Jahr 2024 wurde der Neubau der Zentralapotheke KRH begonnen. Auch künftig will der Klinikverbund eine gute Versorgung mit Arzneimitteln für die eigenen Standorte sowie andere Krankenhäuser der Region sicherstellen. Bei teilweise weltweiten Lieferengpässen von Medikamenten, sind eine hochmoderne Arzneimittellogistik und eigene Herstellung besonders wertvoll. In der neuen Apotheke kann die individuelle Medikation der Patientinnen und Patienten automatisiert hergestellt werden (Unit-Dose-Versorgung). Dies reduziert Medikationsfehler und ebenso den Zeitaufwand für die Pflegekräfte auf Station.

In der Arbeit der KRH Akademie nimmt die Förderung von Pflegefachkräften einen hohen Stellenwert ein. Der in 2024 etablierte Vorbereitungskurs „Pflegeassistenz“ setzt dazu einen wichtigen Schritt in den Aufbau benötigter Qualifikationen im Pflegebereich und fördert durch die Kooperation mit der „Diakovere-Kolleg“ zugleich die Vernetzung in der Pflegeausbildung. Hierzu trägt auch die Etablierung von regelmäßigen Kooperationstreffen mit Partnern aus der ambulanten und stationäre Langzeitpflege bei. Die Inhalte dieses neuen Austauschformates können künftig gezielt in die Pflegeausbildung integriert und dazu genutzt werden, die Auszubildenden optimal auf die Herausforderungen in der Pflegepraxis vorzubereiten.

Im Klinikverbund KRH gibt es komplexe Veränderungen mit hoher Dynamik. Dies geschieht stets mit dem Ziel, zukunftsfähige Versorgung für die Region anzubieten.

Das Qualitätsmanagementsystem wird auch während dieses Wandels durchgängig im Klinikverbund aufrechterhalten und umgesetzt. Im Jahr 2024 wurden die psychiatrischen Einrichtungen des KRH nach der DIN EN ISO erstzertifiziert. Alle KRH Standorte sind somit lückenlos nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Das im Vorjahr neugegründete Institut für Radiologie hat sich in 2024 intensiv auf die Erstzertifizierung in 2025 vorbereitet.

D-2 Qualitätsziele

Aus den übergreifenden Unternehmenszielen, der Psychiatrie Strategie, den internen und externen Themen, den Anforderungen der interessierten Parteien und insbesondere auch aus den individuellen Schwerpunkten der jeweiligen Kliniken leiten sich hochwertige Qualitätsziele ab, die bei Zielerreichung für eine direkte Verbesserung der Struktur-, Prozess-, oder Ergebnisqualität sorgen.

Die Qualitätsziele werden jährlich definiert, unterjährig bearbeitet und am Ende eines Kalenderjahres bewertet. Die abschließende Zielbewertung erfolgt im Rahmen der jährlichen Managementbewertung.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ist in der KRH Psychiatrie Langenhagen implementiert. 2 qualifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte (1,3 VK) stehen am Standort zur Verfügung. Weitere Mitarbeitende sind im Bereich Qualitätsmanagements fortgebildet und bringen in der QM-Steuerungsgruppe oder als QM-Multiplikatoren der jeweiligen Fachkliniken, Stationen bzw. Abteilungen ihre Expertise ein. In den regelmäßigen QM-Multiplikatoren Treffen, steht die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems, Sachstände zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, Informationen zu Projekten, Schulungen zu aktuellen Themen und der abteilungsübergreifende Austausch im Fokus. Darüber hinaus arbeiten Führungskräfte und/oder weitere Mitarbeitende als Experten in Projekt- oder Arbeitsgruppen multiprofessionell zusammen und garantieren eine fachliche und organisatorische Entwicklung. Durch die Zusammenarbeit sowie den kontinuierlichen Austausch aller Berufsgruppen ist die Durchdringung des Qualitätsmanagementsystems gewährleistet.

Darüber hinaus ist übergeordnet auf Konzernebene eine zentrale Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement eingerichtet. Der Bereich steht den Standorten beratend zur Verfügung. Hausübergreifend ist ein Forum für einen kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch sowie für die Bearbeitung von hausübergreifenden Themen implementiert.

Zusammenfassend ist somit ein Qualitätsmanagement aufgebaut und wird kontinuierlich verbessert. Anfang Juni 2024 wurde die gesamte KRH Psychiatrie Langenhagen erstmalig nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement in der KRH Psychiatrie Langenhagen ist patienten- und mitarbeiterorientiert tätig.

Eine kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems ist durch eine systematische Planung, Umsetzung und Überprüfung vorhanden. Dabei werden die einrichtungsinternen Strategien sowie gesetzliche Vorgaben berücksichtigt. Insbesondere die folgenden Instrumente werden für die Umsetzung, Messung und Kontrolle des Qualitätsmanagements eingesetzt:

- Festgelegte Qualitätsziele
- Festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Interne Audits
- Patientenbefragungen
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen sowie weitere dokumentierte Informationen
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Fallkonferenzen
- Teambesprechungen
- Fachübergreifende Projekt- und Arbeitsgruppen
- Festgelegte Kommunikationsstruktur
- Wissensmanagement
- Beschwerdemanagement
- Risikomanagement
- Critical Incident Reporting System
- Hygienemanagement
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen aller Berufsgruppen
- Pflichtschulungen, Unterweisungen und Belehrungen
- Schnittstellenmanagement

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Regelmäßig werden strategische, organisatorische und bauliche Projekte am Standort implementiert, um eine Weiterentwicklung und Zukunftsfähigkeit der KRH Psychiatrie Langenhagen zu gewährleisten. Darüber hinaus dienen Projekte der Patienten- und Mitarbeitersicherheit sowie -zufriedenheit.

In 2024 wurden insbesondere folgende Projekte begonnen bzw. weitergeführt:

1. Weitere Umsetzung der Psychiatriestrategie
2. Aufnahmebereich

3. Aufnahmeprozess
4. Optimierung des Beauftragtenwesens
5. Neuerstellung von Einarbeitungskonzepten im ärztlichen Bereich
6. Vorbereitung und erfolgreiche Erstzertifizierung der gesamten KRH Psychiatrie Langenhagen nach DIN EN ISO 9001:2015

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die KRH Psychiatrie Langenhagen verfügt über ein aktives und gelebtes Qualitätsmanagement. Um die Qualität bzw. das Qualitätsmanagement gewährleisten und bewerten zu können, werden interne und externe Maßnahmen realisiert:

- Jährliche Bewertung des Managementsystems
- Regelmäßige Durchführung interner Audits
- Ermittlung der Kundenzufriedenheit
- Maßnahmenmanagement
- Dokumentenmanagement
- Kennzahlenvergleiche (z. B. Teilnehmer, Beschwerden, CIRS Meldungen, Personalkennzahlen, Begehungen)
- Initiierung und Durchführung von Projekten
- Regelmäßiger multiprofessioneller Austausch