



Augustahospital

*Eine Einrichtung der Alexianer
und der Clemensschwestern*

Qualitätsbericht 2022

Augustahospital Anholt



Bild: Augustahospital Anholt



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für das Berichtsjahr 2022

Augustahospital Anholt



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Einleitung..... | 5 |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses..... | 7 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 7 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 7 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 7 |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 7 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 9 |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung..... | 9 |
| A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit | 9 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses..... | 10 |
| A-8.1 Forschung und akademische Lehre | 10 |
| A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen | 10 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 10 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 11 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 11 |
| A-11.2 Pflegepersonal..... | 12 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal..... | 13 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 16 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement..... | 16 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 16 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 18 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 20 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit | 20 |
| A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt..... | 23 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 24 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V..... | 25 |
| A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 25 |
| A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung..... | 25 |
| A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen..... | 25 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen..... | 26 |
| B-[1].1 Neurologie | 26 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 26 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 26 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD | 28 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS..... | 29 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 31 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 31 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 31 |



| | |
|--|-----------|
| B-[1].11 Personelle Ausstattung | 31 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 31 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 33 |
| Teil C - Qualitätssicherung | 35 |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V QSKH..... | 35 |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 35 |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]..... | 38 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 44 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 45 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 45 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 45 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")..... | 45 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 45 |
| C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 46 |
| C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG..... | 46 |
| C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG..... | 46 |
| C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):.... | 46 |
| C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien..... | 46 |



Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren 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.

Liebe Leserinnen und Leser,

Krankenhäuser veröffentlichen in Deutschland jährlich den sogenannten strukturierten Qualitätsbericht. Dieser verfolgt das Ziel Leistungen offenzulegen, um Vergleiche zu ermöglichen und Prozesse langfristig zu verbessern. Im Zentrum stehen hierbei eine optimale Patientenversorgung sowie eine hohe Patientenzufriedenheit.

Was gehört jedoch zu einer "guten" Krankenhausbehandlung?

Jeder von uns zählt hierzu sicherlich eine hochwertige apparative Ausstattung, qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte, ein breit gefächertes Therapieangebot sowie ein modernes Ambiente.

Als neurologische Fachklinik behandeln wir Menschen mit Krankheiten, die unsere Patientinnen und Patienten häufig ein Leben lang begleiten. Krankheiten, die bei den Betroffenen und Angehörigen häufig Ängste und Unsicherheiten auslösen. Nach unserem Verständnis umfasst daher eine erfolgreiche Krankenhausbehandlung einen weiteren wesentlichen Aspekt, den Aspekt der Menschlichkeit. Die Mitarbeiter des Augustahospitals begegnen unseren Patientinnen und Patienten mit viel Mitgefühl und stehen ihnen als Experten jederzeit unterstützend mit Rat und Tat zur Seite.

Die besondere -fast schon familiäre- Atmosphäre unseres Hauses kann dieser Bericht nicht wiedergeben. Aber wir möchten Ihnen gerne zeigen, welche Leistungen wir erbringen und wie wir unser hohes Versorgungsniveau erreichen. Wir hoffen, Ihnen mit diesem Bericht einen ersten Eindruck unserer Arbeit zu vermitteln, sodass Sie sich ein eigenes Bild vom Augustahospital machen können. Am besten lesen Sie einfach selbst...

Die Kapitel und die Form dieses Berichtes entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Er ist deswegen nicht immer leicht lesbar.

*Lassen Sie sich Zeit bei der Lektüre und stellen Sie uns Ihre Fragen,
wir helfen Ihnen gerne weiter!*



Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

| | |
|----------|-------------------------|
| Name | Sebastian Lasczok |
| Position | Kaufmännischer Direktor |
| Telefon | 02874 / 46 - 8408 |
| Fax | 02874 / 46 - 7408 |
| E-Mail | s.lasczok@alexianer.de |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

| | |
|----------|--|
| Name | Andreas Barthold |
| Position | Regionalgeschäftsführer |
| Telefon. | 02501 / 96655 - 110 |
| Fax | |
| E-Mail | a.barthold@alexianer.de |

Weiterführende Links

| | |
|-------------------------------|---|
| URL zur Homepage | https://www.augustahospital.de/ |
| URL für weitere Informationen | https://www.augustahospital.de/patienten-und-besucher/ihr-aufenthalt-bei-uns |
| Weitere Links | https://www.alexianer.de |



Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Angaben zum Krankenhaus

| | |
|--|------------------------------------|
| Name | Augustahospital Anholt |
| Institutionskennzeichen | 260550346 |
| Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 771376000 |
| Hausanschrift | AugustastraÙe 8 46419 Isselburg |
| Postanschrift | AugustastraÙe 8 46419 Isselburg |
| Telefon | 02874 / 46-0 |
| E-Mail | augustahospital.info@alexianer.de |
| Internet | https://www.augustahospital.de/ |

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|--|
| Prof. Dr. med. Michael Haupts | Ärztlicher Direktor und Chefarzt | 02874 / 46 - 8431 | 02874 / 46 - 432 | m.haupts@alexianer.de |
| Dr. med. Marius Humpert | Ärztlicher Direktor und Chefarzt | 02874 / 46 - 431 | 02874 / 46 - 432 | m.humpert@alexianer.de |

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Joachim Weidemann | Pflegedirektor | 02874 / 46 - 8423 | 02874 / 46 - 7423 | j.weidemann@alexianer.de |

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| Sebastian Lasczok | Kaufmännischer Direktor | 02874 / 46 - 8408 | 02874 / 46 - 7408 | s.lasczok@alexianer.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------|-----------------------------|
| Name | Alexianer Misericordia GmbH |
| Art | freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | durch Fa. Luttermann Orthopädietechnik |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |



A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-----|---|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | | |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | vegetarische Ernährung, muslimische Ernährung |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Gemeinschaftsräume, Fernseher /Radio im Zimmer, Telefon am Bett, WLAN-Pakete buchbar, Wertfach im Zimmer, kostenlose Parkplätze, Bewegungsbad, Geldabhebung möglich, Kapelle, Bücherei, Cafeteria, große Parkanlage ... |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Name | Jana Schumann |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | MAV-Vorsitzende / Physiotherapeutin |
| Telefon | 02874 / 46 - 8457 |
| Fax | |
| E-Mail | j.schumann@alexianer.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |



| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Kapelle |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | |
| BF39 | Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses | |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | NFL |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | in Kooperation mit einer niederländischen Hochschule sowie mit dem Caritas Bildungszentrum Rhede |
| HB19 | Pflegfachfrauen und Pflegfachmänner | in Kooperation mit einer niederländischen Hochschule sowie mit dem Caritas Bildungszentrum Rhede |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| | |
|-------------------|----|
| Anzahl der Betten | 91 |
|-------------------|----|

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|---|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1717 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 933 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) | 0 |



A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 11,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,20 |
| Ambulante Versorgung | 0,20 |
| Stationäre Versorgung | 11,42 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 6,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,33 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,20 |
| Ambulante Versorgung | 0,20 |
| Stationäre Versorgung | 6,33 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|-----|--------------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Ambulante Versorgung | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Stationäre Versorgung | 0 | |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | | |
|---|-----|--------------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Ambulante Versorgung | 0,1 | Betriebsarzt (0,1) |
| Stationäre Versorgung | 0 | |



A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 27,44 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 27,44 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 27,44 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,53 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 17,82 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 17,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 17,82 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,73 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,73 |



davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Medizinische Fachangestellte

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,09 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,09 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,09 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 39,00 |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Diätassistentin und Diätassistent (SP04) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,98 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,98 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,98 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 5,49 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,49 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 5,49 |
| Kommentar/ Erläuterung | Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig. |



| Spezielles therapeutisches Personal | Logopädin u. Logopäde/Klinische Linguistin u. Klinischer Linguist / Sprechwissenschaftlerin u. Sprechwissenschaftler /Phonetikerin u. Phonetiker (SP14) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 2,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 2,53 |
| Kommentar/ Erläuterung | Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig. |

| Spezielles therapeutisches Personal | Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,66 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,66 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,66 |
| Kommentar/ Erläuterung | Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig. |

| Spezielles therapeutisches Personal | Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 13,10 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 13,10 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 13,10 |
| Kommentar/ Erläuterung | Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig. |

| Spezielles therapeutisches Personal | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 1,11 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,11 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,11 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,39 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,39 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,39 |
| Kommentar/ Erläuterung | |



| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 1,09 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,09 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,09 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 12,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 12,25 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 12,25 |
| Kommentar/ Erläuterung | Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,31 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,31 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 1,31 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,40 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,40 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,40 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe (SP57) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,41 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,41 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,41 |
| Kommentar/ Erläuterung | |



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Name | Sebastian Lasczok |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Kaufmännischer Direktor |
| Telefon | 02874 46 8408 |
| Fax | 02874 46 7408 |
| E-Mail | s.lasczok@alexianer.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Betriebsleitung, Qualitätsmanagementleitung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Name | Sebastian Lasczok |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Kaufmännischer Direktor |
| Telefon | 02874 46 8408 |
| Fax | 02874 46 7408 |
| E-Mail | s.lasczok@alexianer.de |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|---|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht? | ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Betriebsleitung + QML mit unterstützenden Mitarbeitern |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|------------------------|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM- Dokumentation) liegt vor | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM05 | Schmerzmanagement | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | QM Handbuch 2022-12-05 |



| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | QM Handbuch 2022-12-05 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapiebesprechungen, Röntgenkonferenzen, Q-Teams zu diversen Themen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | QM Handbuch 2022-12-05 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|---|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | bei Bedarf |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Das Qualitäts- und Risikomanagement reagiert sowohl auf int. als auch auf ext. Meldungen. Eine Entscheidung wird durch das Gremium schnell erarbeitet und über das QM/RM umgesetzt. Eine Wirksamkeitskontrolle der umgesetzten Maßnahmen erfolgt zeitnah. Bsp: -Bei gefährdeten/ unsicheren Patienten werden PET-Flaschen statt Glasflaschen ausgegeben, um Schnittverletzungen zu verhindern. -Zur Reduktion des Sturzrisikos bei sturzgefährdeten Patienten wurden Betten mit niedrigem Einstieg angeschafft. |

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 2022-12-05 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| 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

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



Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|--|
| EF06 | CIRS NRW (Ärztckammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 | KHH nach RKI-Richtlinie im Trägerkonzern |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 1 | zusätzlich eine Infektionsbeauftragte Ärztin |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 3 | |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | <input checked="" type="checkbox"/> | Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | | halbjährlich |

Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Dr. med. Marius Humpert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 02874 46 431 |
| Fax | 02874 46 432 |
| E-Mail | m.humpert@alexianer.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenverweilkatheter eingesetzt? nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

| | |
|--|--|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> ja |



| | |
|---|--|
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| | |
|---|--|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 34,00 ml/Patiententag |
| Ist eine Intensivstation vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|------|---|---|---------------------------|
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | https://www.augustahospital.de/unternehmen/wir-ueber-uns/qualitaet-und-transparenz/hygiene | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | EurSafety Health Net, MRSA | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | monatlich | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | jährlich | und anlassbezogen |



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| | | |
|---|--|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | https://www.augustahospital.de/patienten-und-besucher/beratung-und-hilfe/patientenfuersprecherin |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | https://kontakt.alexianer.de/augustahospital/lob-und-kritik |
| Patientenbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | alle 3 Jahre |
| Einweiserbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | bei Bedarf |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------|-------------------------------|------------|-----|----------------------|
| Christian Walke | QML u. Physiotherapeut | 02874 46 0 | | c.walke@alexianer.de |

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | E-Mail |
|------------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Silvia Brandkamp | Patientenfürsprecherin | 02874 913612 | silvia.brandkamp@brandkamp.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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



A-12.5.2 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Name | Dr. med. Marius Humpert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt |
| Telefon | 02874 46 0 |
| Fax | |
| E-Mail | m.humpert@alexianer.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|--|
| Anzahl Apotheker | 1 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 1 |
| Kommentar/ Erläuterung | In Kooperation mit einer externen Apotheke |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation - Arzneimittelabgabe –
Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an



weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|--|---|-------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur AMTS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | QM Handbuch 2022-12-05 | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | | |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | QM Handbuch 2022-12-05 | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | QM Handbuch 2022-12-05 | |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige Pflege-Prüfung | |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen <input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapiebesprechungen, Systeme zur Entscheidungsunterstützung (z.B. MeonaR, Rpdocr, AIDKlinikR, ID MedicsR bzw. ID DiacosR Pharma) | |



| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|---|---|-------------|
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)<input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)<input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Pflege-Prüfung | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten<input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Entlassmanagement etabliert | |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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



Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des inrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen? Ja

Jeder Mitarbeiter nimmt an einer Pflichtschulung zu dem Thema teil und hat ständigen Zugriff auf Informationsmaterial und Ansprechpartner. Leitfäden und ein Rahmenverhaltenskodex bieten ein verbindliches Verfahren bei Missbrauch und Gewalt.

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|------|-------------------------|
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | In Kooperation |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Nein | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Nein | In Kooperation |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | Nein | In Kooperation |
| 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 | Nein | |



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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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



Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Neurologie

| | |
|---|----------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Neurologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2800 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Dr. med. Marius Humpert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor und Chefarzt |
| Telefon | 02874 / 46 - 431 |
| Fax | 02874 / 46 - 432 |
| E-Mail | m.humpert@alexianer.de |
| Strasse / Hausnummer | Augustastrasse 8 |
| PLZ / Ort | 46419 Isselburg |
| URL | |

| | |
|-------------------------------|--|
| Name | Prof. Dr. Michael Haupts |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor und Chefarzt |
| Telefon | 02874 / 46 - 431 |
| Fax | 02874 / 46 - 432 |
| E-Mail | m.haupts@alexianer.de |
| Strasse / Hausnummer | Augustastrasse 8 |
| PLZ / Ort | 46419 Isselburg |
| URL | |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | Keine Zielvereinbarung getroffen |
| Kommentar/Erläuterung | |

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI00 | Ergotherapie | |
| VI00 | Logopädie | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | Labor, Doppler/Duplex |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns | |



| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| VN09 | Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hinstimulation | |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen | |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems | |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromukulären Synapse und des Muskels | |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VN20 | Spezialsprechstunde | Für Multiple Sklerose und Morbus Parkinson |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation | |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| 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 | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | In Kooperation |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | In Kooperation |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren | In Kooperation |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | In Kooperation |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | In Kooperation |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | In Kooperation |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | In Kooperation |
| VU09 | Neuro-Urologie | In Kooperation |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |
| VX00 | Diätberatung | |
| VX00 | Sozialberatung | |



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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1717 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| G35.31 | 569 | Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G20.11 | 493 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G35.11 | 306 | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G35.21 | 68 | Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression |
| G20.21 | 66 | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation |
| G21.8 | 52 | Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom |
| G81.1 | 52 | Spastische Hemiparese und Hemiplegie |
| G82.43 | 24 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung |
| G82.33 | 20 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung |
| G23.1 | 11 | Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom] |
| G82.03 | 11 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung |
| G82.13 | 7 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung |
| R20.2 | 7 | Parästhesie der Haut |
| G11.4 | 5 | Hereditäre spastische Paraplegie |
| G20.10 | 5 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation |
| G23.2 | 4 | Multiple Systematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] |
| G04.9 | < 4 | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet |
| G12.2 | < 4 | Motoneuron-Krankheit |
| G23.8 | < 4 | Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien |
| G82.42 | < 4 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung |
| R90.8 | < 4 | Sonstige abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems |
| F03 | < 4 | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| G04.8 | < 4 | Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis |
| G11.2 | < 4 | Spät beginnende zerebellare Ataxie |
| G21.9 | < 4 | Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet |
| G23.3 | < 4 | Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C] |
| G24.8 | < 4 | Sonstige Dystonie |
| G61.8 | < 4 | Sonstige Polyneuritiden |
| G80.1 | < 4 | Spastische diplegische Zerebralparese |
| G81.9 | < 4 | Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet |



| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| R20.1 | < 4 | Hypästhesie der Haut |
| R26.8 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-559.40 | 767 | Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche |
| 9-984.8 | 514 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-207.0 | 480 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System) |
| 1-208.x | 415 | Registrierung evozierter Potenziale: Sonstige |
| 9-984.7 | 396 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 8-97d.1 | 368 | Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 9-984.9 | 298 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 9-984.b | 292 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 1-206 | 233 | Neurographie |
| 3-820 | 124 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-561.1 | 115 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie |
| 8-563.2 | 115 | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage |
| 1-208.2 | 110 | Registrierung evozierter Potenziale: Somatosensorisch [SSEP] |
| 9-984.a | 93 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 8-561.2 | 86 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 8-133.0 | 84 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 9-984.6 | 70 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 3-800 | 55 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 1-208.6 | 54 | Registrierung evozierter Potenziale: Visuell [VEP] |
| 8-563.1 | 51 | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-132.2 | 47 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend |
| 3-200 | 36 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-559.41 | 29 | Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche |
| 1-204.2 | 26 | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme |
| 8-390.1 | 17 | Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage |
| 3-821 | 16 | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 1-208.0 | 13 | Registrierung evozierter Potenziale: Akustisch [AEP] |
| 1-204.1 | 8 | Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes |
| 6-00a.e1 | 6 | Applikation von Medikamenten, Liste 10: Ocrelizumab, parenteral: 600 mg bis unter 900 mg |



| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-017.1 | 6 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 1-205 | 5 | Elektromyographie [EMG] |
| 6-003.f0 | 5 | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral: 300 mg bis unter 600 mg |
| 3-220 | 4 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-017.0 | 4 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-98g.10 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 3-823 | <4 | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 6-00a.e0 | <4 | Applikation von Medikamenten, Liste 10: Ocrelizumab, parenteral: 300 mg bis unter 600 mg |
| 8-132.1 | <4 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig |
| 8-390.x | <4 | Lagerungsbehandlung: Sonstige |
| 8-987.11 | <4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-98g.11 | <4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 3-801 | <4 | Native Magnetresonanztomographie des Halses |
| 8-559.50 | <4 | Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche |
| 8-563.0 | <4 | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 8-97d.0 | <4 | Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage |
| 8-987.10 | <4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 1-204.7 | <4 | Untersuchung des Liquorsystems: Pharmakologischer Test |
| 3-201 | <4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-222 | <4 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 3-225 | <4 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-802 | <4 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-431.2x | <4 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Sonstige |
| 5-572.1 | <4 | Zystostomie: Perkutan |
| 8-011.1 | <4 | Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen: Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate |
| 8-016 | <4 | Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung |
| 8-97e.3 | <4 | Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen: Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit L-Dopa-Gel |



| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-987.12 | <4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-98g.12 | <4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | Parkinson | | |
| AM07 | Privatambulanz | Multiple Sklerose | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | | |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) | | | |

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 11,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 11,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,10 |
| Ambulante Versorgung | 0,10 |
| Stationäre Versorgung | 11,42 |
| Fälle je VK/Person | 150,35026 |



davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 6,43 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,33 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,0 |
| Ambulante Versorgung | 0,0 |
| Stationäre Versorgung | 6,33 |
| Fälle je VK/Person | 271,24802 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | Konsiliarus |
| AQ42 | Neurologie | |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |
| AQ54 | Radiologie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |
| ZF37 | Rehabilitationswesen | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF62 | Krankenhaushygiene | im Konzern Verbund |



B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 27,44 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 27,44 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 27,44 |
| Fälle je VK/Person | 62,57288 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,53 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,53 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,53 |
| Fälle je VK/Person | 3239,62264 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 17,82 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 17,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 17,82 |
| Fälle je VK/Person | 96,35241 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,73 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,73 |
| Fälle je VK/Person | 628,93772 |



Medizinische Fachangestellte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,09 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,09 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,09 |
| Fälle je VK/Person | 821,53110 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 39,00 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|
| PQ05 | Leitung einer Stationen / eines Bereichs | |
| PQ06 | Master | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP05 | Entlassungsmanagement | |
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP09 | Kontinenzmanagement | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP22 | Atmungstherapie | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |
| ZP31 | Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie | MS-Krankenschwestern, Parkinson-Nurses |



Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|
| 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. |



| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|
| Mammachirurgie [18/1] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe [DEK] | 69 | 100 | 69 | |
| Herzchirurgie [HCH] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgische Operation [HCH_KD] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung [HEP] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation [HTXM_TX] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |



| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|
| Knieendoprothesenversorgung [KEP] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothetik : Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende [LLS] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation [LTX] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie [NEO] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende [NLS] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation [PNTX] | 0 | 0 | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |



C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Kennzahl-ID | 52326 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,36 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,36 % - 0,37 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 1717 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,22 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |



Kommentar/Erläuterung der auf
Bundes- bzw. Landesebene
beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des
Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Kennzahl-ID | 521801 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,07 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 % - 0,07 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 1717 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,22 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |



Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf
Bundes- bzw. Landesebene
beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des
Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben |
| Kennzahl-ID | 521800 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKezl |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 % - 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 1717/ 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,22 % |



| | |
|---|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4) |
| Kennzahl-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |



| | |
|---|---|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 %- 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 1717 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,22 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wiewir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |



| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 52009 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,18 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ≤ 2,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,17 - 1,19 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 1717 / 0 / 17,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 – 0,21 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wiewir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wiewir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Kommentar/Erläuterung der auf
Bundes- bzw. Landesebene
beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des
Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

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

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



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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

| | |
|--|---|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 6 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 6 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 6 |

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



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar |
|---------------|--------------------------|-----------|---------|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Neurologie | Neurologie | Station 3 | Nacht | 100,00 | 3 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 3 | Tag | 100,00 | 1 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 2 | Nacht | 91,67 | 3 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 2 | Tag | 100,00 | 1 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 1 | Nacht | 100,00 | 3 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 1 | Tag | 100,00 | 1 | |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar |
|---------------|--------------------------|-----------|---------|---------------------------------|-----------|
| Neurologie | Neurologie | Station 3 | Tag | 99,43 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 2 | Tag | 86,16 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 3 | Nacht | 80,98 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 1 | Tag | 94,25 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 2 | Nacht | 76,84 | |
| Neurologie | Neurologie | Station 1 | Nacht | 86,85 | |

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

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt

trifft nicht zu / entfällt