

Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Gronau

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr
2020

Übermittelt am: 25.10.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Bericht Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „–“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung..... | 5 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 9 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 9 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 10 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 10 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 10 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 11 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 11 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 16 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 24 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 24 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 25 |
| B-1 | LWL-TK-Gronau..... | 25 |
| C | Qualitätssicherung..... | 33 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 33 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V..... | 36 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 36 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 36 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 36 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 37 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 37 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 37 |
| - | Anhang | 38 |
| | Diagnosen zu B-1.6 | 38 |
| | Prozeduren zu B-1.7 | 38 |

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagementbeauftragter |
| Titel, Vorname, Name | Dipl.Psych. Michael Ries |
| Telefon | 02365/802-2238 |
| Fax | 02365/802-3119 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Kaufmännischer Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Daniel Napieralski-Rahn |
| Telefon | 02365/802-2100 |
| Fax | 02365/802-2109 |
| E-Mail | daniel.napieralski-rahm@lwl.org |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-gronau/>

Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

| Link | Beschreibung |
|---|-------------------------|
| https://www.haardklinik.lwl.org/de/zentrale-ansprechpartner/ | Weitere Ansprechpartner |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | LWL Klinik Marl-Sinsen |
| Hausanschrift | Halterner Straße 525 45770 Marl |
| Zentrales Telefon | 02365/802-0 |
| Zentrale E-Mail | lwl-klinik-marl@lwl.org |
| Postanschrift | Halterner Straße 525 45770 Marl |
| Institutionskennzeichen | 260550687 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Claus-Rüdiger Haas |
| Telefon | 02365/802-2200 |
| Fax | 02365/802-2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflege Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Anne Rabeneck |
| Telefon | 02365/802-2300 |
| Fax | 02365/802-2309 |
| E-Mail | anne.rabeneck@lwl.org |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Kaufmännischer Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Daniel Napieralski-Rahn |
| Telefon | 02365/802-2100 |
| Fax | 02365/802-2109 |
| E-Mail | daniel.napieralski-rahm@lwl.org |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|---|---|
| Standortname: | LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Gronau |
| Hausanschrift: | Bentheimer Str 20 48559 Gronau |
| Postanschrift: | Bentheimer Straße 20 48559 Gronau |
| Institutionskennzeichen: | 260550687 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 772301000 |
| Standortnummer (alt) | 06 |
| URL: | https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-gronau/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Claus-Rüdiger Haas |
| Telefon | 02365/802-2200 |
| Fax | 02365/802-2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflege Direktorin |
| Titel, Vorname, Name | Anne Rabeneck |
| Telefon | 02365/802-2300 |
| Fax | 02365/802-2309 |
| E-Mail | anne.rabeneck@lwl.org |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Kaufmännischer Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Daniel Napieralski-Rahn |
| Telefon | 02365/802-2100 |
| Fax | 02365/802-2109 |
| E-Mail | daniel.napieralski-rahn@lwl.org |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|------------------------------------|
| Name | Landschaftsverband Westfalen Lippe |
| Art | Öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|------------------------------------|----|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Ja |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Ja |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------|---|
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| MP62 | Snoezelen |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| MP63 | Sozialdienst |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link |
|------|---|------|
| NM62 | Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung | |
| NM50 | Kinderbetreuung | |
| NM64 | Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet | |

| | | |
|------|--|--|
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Sekretariat |
| Titel, Vorname, Name | LWL-Tagesklinik Gronau |
| Telefon | 02562/99218-10 |
| Fax | 02562/99218-20 |
| E-Mail | tagesklinik.gronau@lwl.org |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit |
|------|--|
| BF25 | Dolmetscherdienst |
| BF24 | Diätische Angebote |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|---|
| Betten | 0 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 47 |
| Ambulante Fallzahl | 487 |

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: 1,74

Kommentar: Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 0,99 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |
| Ambulant | 0,75 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt | 1,74 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Kommentar: Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär | 0 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |
| Ambulant | 0,75 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt | 0,75 | Ein Facharzt zuständig für Tagesklinische und ambulante Patienten |
| 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: 4,04

Kommentar: einschließlich Erzieherinnen / Erzieher

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,62 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,62 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,43 | |
| Ambulant | 0,02 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,36 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,36 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,78 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,78 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,91 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,91 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsbeauftragter |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Psych. Michael Ries |
| Telefon | 02365/802-2238 |
| Fax | 02365/802-3119 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Arbeitsgruppe nur zum Risikomanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | jährlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsbeauftragter |
| Titel, Vorname, Name | Dipl. Psych. Michael Ries |
| Telefon | 02365/802-2238 |
| Fax | 02365/802-3119 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

A-12.2.2 Lenkungsremium

| Lenkungsremium / Steuerungsgruppe | |
|---|---|
| Lenkungsremium / Steuerungsgruppe | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | Durch eine multiprofessionell besetzte Arbeitsgruppe erfolgt eine fortlaufende Datensammlung. Durch die Betrachtung der Unfallstatistiken, der besonderen Vorkommnisse und CIRS-Meldungen sowie durch ein Brainstorming der Gruppe. Die Ergebnisse werden in einer Risikomatrix gepflegt. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | wöchentlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: Qualitätsmanagementkonzept Datum: 02.11.2018 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Medizinisches Notfall Management Datum: 18.11.2019 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Freiheitseinschränkende Maßnahmen Datum: 01.06.2019 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Umgang mit medizintechnischen Geräten Datum: 06.11.2018 |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Beschreibung des Entlassungsprozesses Datum: 26.08.2019 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Maßnahmen zur Wege- und Patientensicherheit. |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 02.11.2018 |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) |
|---|-------------------|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | halbjährlich |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Claus-Rüdiger Haas |
| Telefon | 02365/802-2200 |
| Fax | 02365/802-2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

| | |
|-------------------------|------|
| Die Leitlinie liegt vor | Nein |
|-------------------------|------|

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

| | |
|------------------------|---|
| 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

Händedesinfektion (ml/Patiententag)

| | |
|---|--|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | |
|---|--|

| | |
|---|---------------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben | keine Intensivstation vorhanden |
|---|---------------------------------|

| | |
|--|--|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | |
|--|--|

| | |
|--|----|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben | ja |
|--|----|

| | |
|--|-------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 21,70 |
|--|-------|

| | |
|---|----|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
|---|----|

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

MRSA

| | |
|---|------|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Nein |
|---|------|

| | |
|---|------|
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Nein |
|---|------|

| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening | |
|---|----|
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) | Ja |

| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang | |
|--|------|
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Nein |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|------|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Meinungskarten dienen der Erfassung von Lob und Kritik, sie werden im Haus in den dafür vorgesehenen Briefkästen, die jeweils in Stationsnähe angebracht sind, eingeworfen. Die Tageskliniken sammeln die Karten und schicken sie dem QM zu, das alle schriftlichen eingegangenen Meinungskarten erfasst und sie zur Bearbeitung an die jeweiligen Stellen leitet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | s.o. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Nein | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Nein | |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

| | |
|---------------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Den Entlassungsbriefen an die Einweiser sind "Feedbackkarten" beigelegt. |

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|---------------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Alle Patienten- und Angehörigen werden bei Entlassung schriftlich befragt und die Ergebnisse jährlich den jeweiligen Stationen rückgemeldet. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|------------------|----|
| Möglich | Ja |
| Link | |
| Kommentar | |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Qualitätsbeauftragter |
| Titel, Vorname, Name | Michael Ries |
| Telefon | 02365/802-2238 |
| Fax | 02365/802-3119 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

| | |
|-------------------------|--|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | |

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? | Nein |

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

| Verantwortliche Person AMTS | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Stellvertretender Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Michele Cagnoli |
| Telefon | 02365/802-2204 |
| Fax | 02365/802-2209 |
| E-Mail | michele.cagnoli@lwl.org |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

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 des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

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

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

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung |
| 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 (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 LWL-TK-Gronau

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "LWL-TK-Gronau"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilungsschlüssel | 3060 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Claus Rüdiger Haas |
| Telefon | 02365/802-2200 |
| Fax | 02365/802-2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |
| Straße/Nr | Halterner Str. 525 |
| PLZ/Ort | 45770 Marl |
| Homepage | https://www.haardklinik.lwl.org/de/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote |
|------|---|
| VP12 | Spezialsprechstunde |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VK26 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |

| | |
|------|---|
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen |
| VK27 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter |
| VK28 | Pädiatrische Psychologie |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 47 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---------------------|---|
| Ambulanzart | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02) |
| Angebotene Leistung | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

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: 1,74

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,99 | |
| Ambulant | 0,75 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,74 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,75 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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: 4,04

Kommentar: einschließlich Erzieherinnen / Erzieher

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,04 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,04 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0,62 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,62 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-----------------------|
| ZP24 | Deeskalationstraining |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: einschließlich Dipl.-Pädagogen

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,43 | |
| Ambulant | 0,02 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 1,36

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,36 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,36 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,78 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,78 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0,91

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,91 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,91 | |
| 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 (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|--|
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zähleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------------|--|
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren für Krankenhäuser mit dem Ziel der Optimierung von Prozessen der Patientenversorgung.

| | |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | gemäß KTQ-Katalog 6 Hauptkategorien: - Patientenorientierung - Mitarbeiterorientierung - Sicherheit im Krankenhaus - Kommunikation u. Information im Krankenhaus - Führung - Qualitätsmanagement |
| Ergebnis | Zertifizierung nach KTQ in 2009, 2012, 2015 und 2018 |
| Messzeitraum | Seit 2009 fortlaufend |
| Datenerhebung | |
| Rechenregeln | |
| Referenzbereiche | |
| Vergleichswerte | |
| Quellenangaben | |

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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) | 2 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 2 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 2 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- Anhang**Diagnosen zu B-1.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| F92.8 | 16 | Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| F32.1 | 14 | Mittelgradige depressive Episode |
| F90.1 | 11 | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens |
| F41.1 | (Datenschutz) | Generalisierte Angststörung |
| F43.1 | (Datenschutz) | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F91.3 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten |
| F92.0 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung |
| F94.0 | (Datenschutz) | Elektiver Mutismus |
| F94.1 | (Datenschutz) | Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|-------------|
|------------|----------|-------------|

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website www.derprivatpatient.de enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

PKV-Standorte

Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln
Postfach 51 10 40 50946 Köln

Büro Berlin

Heidestraße 40
10557 Berlin
Telefon +49 30 204589-66
Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH (www.saatmann.de).