

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2019

**Norddeutsches Epilepsiezentrum für
Kinder und Jugendliche DRK-
Landesverband Schleswig-Holstein e. V.**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.8 am 11.11.2020 um 10:30 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-12.1 Qualitätsmanagement	14
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	14
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	15
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	17
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	19
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1].1 Kinderneurologie	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	20
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	21
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	22
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	22
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	22
B-[1].11 Personelle Ausstattung	23
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	23

B-11.2 Pflegepersonal	23
Teil C - Qualitätssicherung	26
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	26
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	26
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	26
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	26
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	26
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	26
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	26

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Willkommen im DRK-Norddeutschen Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche

Einleitungstext

Das DRK-Norddeutsche Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche in Raisdorf wurde 1972 gegründet und ist heute eine nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifizierte Klinik, die auf die Behandlung schwer einstellbarer Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr spezialisiert ist.

Unsere klinischen Schwerpunkte sind die epilepsiespezifische Diagnostik einschließlich EEG, Video-EEG-Monitoring, Neuropsychologie, Schul- und Sozialberatung sowie die Therapieplanung und -einleitung. Zusätzlich besteht ein ambulantes Behandlungsangebot. Die stationäre Behandlung der Kinder und Jugendlichen erfolgt möglichst alltagsnah, sie können in der Klinikschule unterrichtet werden oder an der pädagogischen Gruppenbetreuung teilnehmen.

Ein Kooperationsvertrag mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, sichert über die Klinik für Kinder und Jugendmedizin II -Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie- den Zugang zu modernen diagnostischen Verfahren. Dazu gehören u.a. die hochauflösende Kernspintomographie sowie die Abklärung epilepsiechirurgischer Therapieoptionen.

Darüber hinaus sind wir Partner im Norddeutschen Epilepsienetz und im Berliner Transitionsprogramm.

Wir behandeln Kinder und Jugendliche mit schwer einstellbaren Epilepsien, unabhängig von ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Dabei übernehmen wir die Therapieplanung und -einleitung weiterführender Maßnahmen, gegebenenfalls unter Einschluss von Epilepsiechirurgie und Rehabilitation. Die Dokumentation erfolgt über den elektronischen Behandlungskalender EPI-Vista, der während und nach dem stationären Aufenthalt alle behandlungsrelevanten Daten erfasst. EPI-Vista ist ein wichtiges Instrument für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen betroffenen Patienten, Eltern, zuweisenden Ärzten sowie dem DRK-Norddeutschen Epilepsiezentrum und erleichtert die Nachsorge erheblich. Interdisziplinäre Kooperation ist auch Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung unseres ganzheitlichen Behandlungsansatzes, der die individuelle Lebenssituation aller jungen Patienten

erfasst und therapeutisch berücksichtigt.

Im DRK-Norddeutschen Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche finden regelmäßig von Fachtrainern durchgeführte FAMOSES-, PEPE- und FLIP & FLAP-Schulungen für die Patienten und deren Eltern statt. Diese Programme vermitteln Basiswissen über Epilepsie sowie Informationen zu Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung. Darüber hinaus beschäftigen sie sich mit den psychosozialen Aspekten der Epilepsie.

Die Klinik verfügt über 12 Planbetten. Als besonderer Service stehen zehn Eltern-Kind-Zimmer zur Verfügung, in die kleinere Kinder mit einem Elternteil aufgenommen werden. Die Kosten dafür werden von den Krankenkassen übernommen. Darüber hinaus befinden sich im DRK-Schul- und Therapiezentrum Raisdorf weitere Gästewohnungen, die Familien, die ihre epilepsiekranken Kinder begleiten, mieten können. Im DRK-Norddeutschen Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche gibt es neben den erforderlichen modernen Therapie- und Behandlungsräumen klinikeigene Schulräume und sehr gut ausgestattete Spiel-, Lese- und Beschäftigungszimmer. Bei gutem Wetter lädt eine große Gartenanlage zum Spielen ein.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Marlo Döhler
Position	QMB
Telefon	0163 / 5707807
Fax	04307 / 909 - 610
E-Mail	m.doehler@drk-sutz.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Saskia Bermbach
Position	Geschäftsleitung
Telefon	04307 / 909 - 400
Fax	04307 / 909 - 419
E-Mail	s.bermbach@drk-sutz.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.drk-epilepsiezentrum.de
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ http://drk-sutz.de

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	DRK-Norddeutsches Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche
Institutionskennzeichen	260101320
Standortnummer	00
Hausanschrift	Henry-Dunant-Str. 6 - 10 24223 Schwentinental
Postanschrift	Henry-Dunant-Str. 6 - 10 24223 Schwentinental
Telefon	04307 / 909 - 201
Internet	http://www.drk-epilepsiezentrum.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Ulrich Stephani	Ärztlicher Direktor	04307 / 909 - 201	04307 / 909 - 260	linik@drk-sutz.de
PD Dr. med. Sarah von Spiczak	Ärztliche Leiterin	04307 / 909 - 200	04307 / 909 - 260	linik@drk-sutz.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
B.Sc. Andrea Zyzik-Haß	PDL	04307 / 909 - 210	04307 / 909 - 260	a.zyzik-hass@drk-sutz.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Saskia Bermbach	Geschäftsleitung	04307 / 909 - 400	04307 / 909 - 419	s.bermbach@drk-sutz.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Sitz: Kiel
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	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Marlo Döhler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QMB
Telefon	0163 / 5707807
Fax	04307 / 909601
E-Mail	m.doehler@drk-sutz.de

A7.2 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 Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF17	Geeignete Betten 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	

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
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	12
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	579
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	107

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,2
Stationäre Versorgung	4,74

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,2
Stationäre Versorgung	3,74
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	14,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	14,57

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0
--	---

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	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	38,50
--	-------

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,2
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	0,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,70
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,70
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Erzieherin und Erzieher (SP06)
Anzahl Vollkräfte	2,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,03
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Heilpädagogin und Heilpädagoge (SP09)
Anzahl Vollkräfte	0,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,60
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	0,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,60
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,52
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch- technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	1,69
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,69
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe (SP57)
Anzahl Vollkräfte	2,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,49
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,49
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Marlo Döhler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QMB, Beratung und Information, PR, Beschwerdemanagement, Risikomanagement
Telefon	0163 5707807
Fax	04307 909 610
E-Mail	m.doehler@drk-sutz.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflege, Ärzte, QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM06	Sturzprophylaxe	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	RM-Dokumentation 2014-01-01

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	RM-Dokumentation 2014-01-01
RM18	Entlassungsmanagement	RM-Dokumentation 2014-01-01

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	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Auswertung der eingegangenen Meldungen und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie entsprechende Überprüfung

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2014-01-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
---	--

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Dr. med. Annegret Krenz-Weinreich, LADR
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Dr. med. Annegret Krenz-Weinreich, LADR
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Ines Knipp, Fa. Hygenia
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Christine Pöhlmann, NEZ
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Nicky Arnold
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	stellv. Geschäftsleitung
Telefon	04307 909 402
Fax	04307 909 419
E-Mail	n.arnold@drk-sutz.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
---	--

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
---	--

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen	27,8 ml/Patiententag
--	----------------------

Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------	--

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

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
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

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
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Marlo Döhler	QMB	0163 5707807	04307 909 610	m.doehler@drk-sutz.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Marlo Döhler	QMB	0163 5707807	04307 909 610	m.doehler@drk-sutz.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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit

Name	PD Dr. med. Sarah von Spiczak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	leitende Ärztin
Telefon	04307 909200
Fax	04307 909260
E-Mail	linik@drk-sutz.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	Es finden regelmäßige Begehungen mit einem Apotheker der Klinikapotheke des UKSH, Campus Kiel, statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	in Kooperation mit dem UKSH, Campus Kiel
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit dem UKSH, Campus Kiel
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	Nein	in Kooperation mit dem UKSH, Campus Kiel
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	Nein	in Kooperation mit dem UKSH, Campus Kiel

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

trifft nicht zu / entfällt

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Kinderneurologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kinderneurologie
Fachabteilungsschlüssel	1028
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Ulrich Stephani
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	04307 / 909 - 201
Fax	04307 / 909 - 260
E-Mail	linik@drk-sutz.de
Strasse / Hausnummer	Henry-Dunant-Str. 6 - 10
PLZ / Ort	24223 Schwentinental
URL	

Name	PD Dr. med. Sarah von Spiczak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	leitende Ärztin
Telefon	04307 / 909 - 200
Fax	04307 / 909 - 260
E-Mail	linik@drk-sutz.de
Strasse / Hausnummer	Henry-Dunant-Str. 6 - 10
PLZ / Ort	24223 Schwentinental
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 Ja

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK34	Neuropädiatrie	

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

Vollstationäre Fallzahl	579
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G40.2	149	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	118	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	94	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.8	72	Sonstige Epilepsien
G40.9	68	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G40.09	31	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.08	20	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.01	8	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.5	8	Spezielle epileptische Syndrome
G40.1	4	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.00	< 4	Pseudo-Lennox-Syndrom
G41.2	< 4	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
F80.3	< 4	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]
G40.7	< 4	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G41.8	< 4	Sonstiger Status epilepticus

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-207.1	587	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)
1-207.0	577	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)
1-901.0	206	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach
8-972.0	192	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
9-401.10	133	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.11	63	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
8-903	49	(Analgo-)Sedierung
9-401.12	33	Psychosoziale Interventionen: Familien-, Paar- und Erziehungsberatung: Mehr als 4 Stunden
9-401.22	19	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
8-972.1	13	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
9-401.23	12	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-901.1	9	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex
9-401.25	8	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
8-972.2	< 4	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 21 Behandlungstage
9-401.26	< 4	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
9-410.04	< 4	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An einem Tag

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Voranmeldung zu festgelegten Sprechstunden
AM07	Privatambulanz			

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	4,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,2
Stationäre Versorgung	4,74
Fälle je VK/Person	122,15189

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	3,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,2
Stationäre Versorgung	3,74
Fälle je VK/Person	154,81283
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	14,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	14,57
Fälle je VK/Person	39,73919

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP26	Epilepsieberatung	

Teil C - Qualitätssicherung

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)	4
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	2
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

(* 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

trifft nicht zu / entfällt