



**Augustahospital**

*Eine Einrichtung der Alexianer  
und der Clemensschwestern*

# ***Qualitätsbericht 2020***

***Augustahospital Anholt***





**Augustahospital**

*Eine Einrichtung der Alexianer  
und der Clemensschwestern*

# Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das Berichtsjahr 2020

## Augustahospital Anholt

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.9 am 03.05.2022 um 14:08 Uhr erstellt.

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

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



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
<b>Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....</b>	<b>6</b>
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.....	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung.....	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit.....	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	10
A-10 Gesamtfallzahlen.....	10
A-11 Personal des Krankenhauses .....	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	11
A-11.2 Pflegepersonal .....	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit .....	23
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	26
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V .....	27
<b>Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....</b>	<b>28</b>
B-[1].1 Neurologie .....	28
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	28
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	29
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	30
B-[1].6 Diagnosen nach ICD .....	30
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	30
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	31
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	32
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	32
B-[1].11 Personelle Ausstattung .....	33
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	33
B-11.2 Pflegepersonal .....	34



<b>Teil C - Qualitätssicherung</b> .....	<b>36</b>
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	36
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	36
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit] .....	39
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	47
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	47
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .	47
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V ...	47
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") .....	47
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	47
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	48



## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

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.

Liebe Leserinnen und Leser,

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

Was gehört jedoch zu einer "guten" Krankenhausbehandlung?

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

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

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

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

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



## Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

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

## Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Hartmut Hagmann
Position	Regionalgeschäftsführer
Telefon.	0251 / 91937 - 6320
Fax	
E-Mail	h.hagmann@alexianer.de

## Weiterführende Links

URL zur Homepage	<a href="https://www.augustahospital.de/">https://www.augustahospital.de/</a>
URL für weitere Informationen	<a href="https://www.augustahospital.de/fileadmin/user_upload/Muenster-Misericordia/Augustahospital/Patienten_und_Klienten/Imagebroschuere-Augustahospital_A4_Layout_NACHDRUCK.pdf">https://www.augustahospital.de/fileadmin/user_upload/Muenster-Misericordia/Augustahospital/Patienten_und_Klienten/Imagebroschuere-Augustahospital_A4_Layout_NACHDRUCK.pdf</a>
Weitere Links	<a href="http://www.alexianer.de">http://www.alexianer.de</a>



## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Augustahospital Anholt
Institutionskennzeichen	260550346
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771376000
Hausanschrift	Augustastraße 8 46419 Isselburg
Postanschrift	Augustastraße 8 46419 Isselburg
Internet	<a href="https://www.augustahospital.de/">https://www.augustahospital.de/</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

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

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

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

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

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

#### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Alexianer Misericordia GmbH
Art	freigemeinnützig

#### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

#### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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





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

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



## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

### 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 Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Kapelle
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	



Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Universität Witten/Herdecke
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universität Witten/Herdecke
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	NFL

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	in Kooperation mit einer niederländischen Hochschule sowie einer Krankenpflegeschule
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	in Kooperation mit einer niederländischen Hochschule

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten                      91

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	1655
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	718



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

##### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	10,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Ambulante Versorgung	0,1
Stationäre Versorgung	10,66

##### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Ambulante Versorgung	0,1
Stationäre Versorgung	6,61
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

##### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

##### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

##### davon Fachärzte und Fachärztinnen

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



## A-11.2 Pflegepersonal

### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	26,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	26,94

### davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

### Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,46

### davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	16,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	16,72



## davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

## Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,4

## davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

## Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,04

## davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50



## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Diätassistentin und Diätassistent (SP04)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,74
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)</b>
Anzahl Vollkräfte	5,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,96
Kommentar/ Erläuterung	Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig.

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker (SP14)</b>
Anzahl Vollkräfte	2,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,83
Kommentar/ Erläuterung	Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig.



<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister (SP15)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,99
Kommentar/ Erläuterung	Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig.

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)</b>
Anzahl Vollkräfte	12,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,28
Kommentar/ Erläuterung	Das unter "Stationäre Versorgung" eingetragene Personal ist auch für die ambulante Versorgung zuständig.

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





<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,06
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)</b>
Anzahl Vollkräfte	2,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,18
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)</b>
Anzahl Vollkräfte	9,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,54
Kommentar/ Erläuterung	Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung



<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)</b>
Anzahl Vollkräfte	1,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,26
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,43
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,43
Kommentar/ Erläuterung	

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



## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QM Handbuch 2020-12-08
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	QM Handbuch 2020-12-08
RM05	Schmerzmanagement	QM Handbuch 2020-12-08
RM06	Sturzprophylaxe	QM Handbuch 2020-12-08



Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	QM Handbuch 2020-12-08
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	QM Handbuch 2020-12-08
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QM Handbuch 2020-12-08
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapiebesprechungen, Röntgenkonferenzen, Q-Teams zu diversen Themen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	QM Handbuch 2020-12-08

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?  Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?  Ja

Tagungsfrequenz bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Das Qualitäts- und Risikomanagement reagiert sowohl auf int. als auch auf ext. Meldungen. Eine Entscheidung wird durch das Gremium schnell erarbeitet und über das QM/RM umgesetzt. Eine Wirksamkeitskontrolle der umgesetzten Maßnahmen erfolgt zeitnah. Bsp.: -Bei gefährdeten/ unsicheren Patienten werden PET-Flaschen statt Glasflaschen ausgegeben, um Schnittverletzungen zu verhindern. -Zur Reduktion des Sturzrisikos bei sturzgefährdeten Patienten wurden Betten mit niedrigem Einstieg angeschafft.

### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2020-12-08
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf



## A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem  Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?  Ja

Tagungsfrequenz monatlich

## Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen 1 KHH nach RKI-Richtlinie im Trägerkonzern

Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen 1 zusätzlich eine Infektionsbeauftragte Ärztin

Hygienefachkräfte (HFK) 1

Hygienebeauftragte in der Pflege 4

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet  Ja

Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

### Vorsitzender der Hygienekommission

Name Prof. Dr. Michael Haupts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor

Telefon 02874 46 431

Fax 02874 46 432

E-Mail m.haupts@alexianer.de

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?  Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?  ja



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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<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	24,00 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )	<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
HM 01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	<a href="https://www.augustahospital.de/unternehmen/wir-ueber-uns/qualitaet-und-transparenz/hygiene">https://www.augustahospital.de/unternehmen/wir-ueber-uns/qualitaet-und-transparenz/hygiene</a>	
HM 03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	EurSafety Health Net, MRSA	
HM 09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	und anlassbezogen

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  Ja

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)  Ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden  Ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  Ja

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert  Ja

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt  Ja

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt  Ja

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren  Ja



Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	alle 3 Jahre
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	bei Bedarf

## Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

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

## Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Silvia Brandkamp	Patientenfürsprecherin	02874 913612		silvia.brandkamp@gmx.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? nein

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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





## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

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

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

- Entlassung

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



Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur AMTS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	QM Handbuch 2020-12-08	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	QM Handbuch 2020-12-08	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	QM Handbuch 2020-12-08	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige Pflege-Prüfung	



Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Pflege-Prüfung	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Entlassmanagement etabliert	

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachlich e Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	In Kooperation
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	



Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA2 2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein	In Kooperation
AA3 3	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Nein	In Kooperation
AA4 3	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinst elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Nein	

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

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

### **14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

### **14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

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

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

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



## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### **B-[1].1 Neurologie**

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

### **Chefärztinnen/-ärzte**

Name	Prof. Dr. med. Michael Haupts
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon	02874 / 46 - 431
Fax	02874 / 46 - 432
E-Mail	<a href="mailto:m.haupts@alexianer.de">m.haupts@alexianer.de</a>
Strasse / Hausnummer	Augustastrasse 8
PLZ / Ort	46419 Isselburg
URL	

Name	Dr. Marius Humpert
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02874 / 46 - 0
Fax	
E-Mail	<a href="mailto:m.humpert@alexianer.de">m.humpert@alexianer.de</a>
Strasse / Hausnummer	Augustastrasse 8
PLZ / Ort	46419 Isselburg
URL	

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

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



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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI39	Physikalische Therapie	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Labor, Doppler/Duplex
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN23	Schmerztherapie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Kooperation
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Kooperation
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Kooperation
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Kooperation
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Kooperation
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Kooperation
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	In Kooperation
VU09	Neuro-Urologie	In Kooperation
VX00	Diätberatung	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VX00	Sozialberatung	

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

Vollstationäre Fallzahl	1655
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM- Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G35	908	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G20	542	Primäres Parkinson-Syndrom
G82	68	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
G81	55	Hemiparese und Hemiplegie
G21	38	Sekundäres Parkinson-Syndrom
G23	20	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien
G11	9	Hereditäre Ataxie
R20	6	Sensibilitätsstörungen der Haut
R26	< 4	Störungen des Ganges und der Mobilität
G04	< 4	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
G36	< 4	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation
H81	< 4	Störungen der Vestibularfunktion
R42	< 4	Schwindel und Taumel
R90	< 4	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems
Z03	< 4	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen

## B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984	1405	Pflegebedürftigkeit
8-559	768	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
1-208	679	Registrierung evozierter Potentiale
1-207	450	Elektroenzephalographie [EEG]
8-97d	342	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom
1-206	289	Neurographie
9-200	213	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-561	195	Funktionsorientierte physikalische Therapie
8-563	186	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
8-390	182	Lagerungsbehandlung
8-132	125	Manipulationen an der Harnblase
3-820	117	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8-133	91	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-200	51	Native Computertomographie des Schädels
3-800	51	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-204	34	Untersuchung des Liquorsystems
6-00a	20	Applikation von Medikamenten, Liste 10
8-017	13	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
1-205	12	Elektromyographie [EMG]
3-821	11	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-823	7	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
8-97e	7	Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen
8-987	7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-98g	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
3-802	4	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6-003	4	Applikation von Medikamenten, Liste 3
3-220	< 4	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8-930	< 4	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3-202	< 4	Native Computertomographie des Thorax
3-806	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-828	< 4	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
8-011	< 4	Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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





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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt



## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	10,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,66
Fälle je VK/Person	155,25328

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	6,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,61
Fälle je VK/Person	250,37821
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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



## B-11.2 Pflegepersonal

### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	26,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	26,94
Fälle je VK/Person	61,43281

### Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,46
Fälle je VK/Person	1133,56164

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	16,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	16,72
Fälle je VK/Person	98,98325

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	3,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,4
Fälle je VK/Person	98,98325



## Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,04	
Fälle je VK/Person	811,27450	
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	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP22	Atmungstherapie	
ZP24	Deeskalationstraining	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	MS-Krankenschwestern, Parkinson- Nurses



## Teil C - Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation [09/4]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel [09/5]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/6]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Karotis-Revaskularisation [10/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen [15/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe [16/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie [18/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe [DEK]	59	100,0	59	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur [HEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: HüftEndoprothesenwechsel und - komponentenwechsel [HEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothesen [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,1 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 % - 0,06 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	1649 / 0 / 1649,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,23 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	





Fachlicher Hinweis  
IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf)

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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

Kommentar/Erläuterung  
des  
Krankenhauses

Risikoadjustierte  
Rate

Bezug andere QS  
Ergebnisse

Sortierung



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,3 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 % - 0,33 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	1649 / 0 / 1649,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 % - 0,23 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	



Fachlicher Hinweis IQTIG Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf)  
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

---

Kommentar/Erläuterung  
der auf Bundes- bzw.

Landesebene

beauftragten Stellen

---

Kommentar/Erläuterung  
des Krankenhauses

---

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS

Ergebnisse

---

Sortierung



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0 %
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 % - 0,00 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	1649 / 0 / 1649,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS	
Ergebnisse	
Sortierung	



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	← 2.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	1649 / 0 / 15,61
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

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

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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

Kommentar/Erläuterung  
des Krankenhauses



Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS

Ergebnisse

Sortierung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht\* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) 6

Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt 6

Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben 6





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

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### 8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Neurologie	Neurologie	Station 3	Nacht	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	Station 3	Tag	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	Station 2	Nacht	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	Station 2	Tag	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	Station 1	Nacht	100,00	0	
Neurologie	Neurologie	Station 1	Tag	100,00	0	

### 8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Neurologie	Neurologie	Station 3	Tag	96,67	
Neurologie	Neurologie	Station 2	Tag	93,33	
Neurologie	Neurologie	Station 3	Nacht	48,33	
Neurologie	Neurologie	Station 1	Tag	98,33	
Neurologie	Neurologie	Station 2	Nacht	48,33	
Neurologie	Neurologie	Station 1	Nacht	50,00	