



2023

KRH PSYCHIATRIE WUNSTORF

TAGESKLINIK DEISTERSTRASSE

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

§ 136B ABSATZ 1 SATZ 1 NUMMER 3 SGB V FÜR NACH § 108 SGB V
ZUGELASSENE KRANKENHÄUSER



Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das

Berichtsjahr 2023

KRH Psychiatrie Wunstorf

Dieser Qualitätsbericht wurde am 13. November 2024 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-13	Besondere apparative Ausstattung	34
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	38
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	38
C	Qualitätssicherung	47
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	47
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	47
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	52
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	52
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	Fehler! Textmarke nicht definiert.

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	53
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	53
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	65
D	Qualitätsmanagement	66
D-1	Qualitätspolitik	66
D-2	Qualitätsziele	68
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	68
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	68
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	69
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	70

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitätsmanagement-Beauftragte
Titel, Vorname, Name	Vildan Nuha Kizilirmak
Telefon	05031/93-1252
Fax	05031/93-1207
E-Mail	vildannuha.kizilirmak@krh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführender Direktor und Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Bastian Flohr
Telefon	05031/93-1205
Fax	05031/93-1207
E-Mail	bastian.flohr@krh.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.krh.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.krh.de>

Link	Beschreibung
https://psychiatrie-wunstorf.krh.de/kliniken/suchtmedizin-und-psychotherapie	Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, Tagesklinik Deisterstraße, KRH Psychiatrie Wunstorf

Einleitung Qualitätsbericht KRH Psychiatrie Wunstorf inkl. der Standorte der Deisterstraße und Nienburg

Die KRH Psychiatrie Wunstorf ist zuständig für die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen aus dem Einzugsgebiet der Landkreise Nienburg und Schaumburg als auch der westlichen Bereiche der Stadt und Region Hannover mit mehr als 700.000 Einwohnern. Alle Standorte erfüllen einen gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsauftrag. Die Standorte befinden sich integriert mitten in den Zentren der Städte. Das Behandlungsspektrum besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Therapiemöglichkeiten und ist in verschiedenen Fachkliniken organisiert.

1. Die Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie behandelt ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren. Im integrativen Behandlungskonzept werden Patient:innen nach individueller Indikation regionalisierten Behandlungsstationen zugewiesen.
2. Die Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie ist darauf spezialisiert, Menschen ab 59 Jahren mit psychischen Erkrankungen zu unterstützen. Besonderer Wert wird auf die Förderung der Selbstständigkeit und den Erhalt der Lebensqualität gelegt. Besonderen Wert wird auf die Einbeziehung von Angehörigen und die Zusammenarbeit mit Heimen und anderen Institutionen der Altenhilfe gelegt.
3. Die Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie bietet Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen umfassende Hilfe auf ihrem Weg aus der Sucht. Neben dem spezialisiertem Entzugsprogramm für Patient:innen mit Abhängigkeitserkrankungen entwickelt das multiprofessionelle Teams individuelle Wege, um den Patient:innen zu mehr persönlicher Freiheit zu verhelfen, begleitet durch moderne therapeutische Ansätze und umfangreiche Nachsorge.
4. In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie steht die individuelle Betreuung junger Patient:innen im Vordergrund. Durch die Einbindung der Familien, Schulen sowie des sozialen Umfelds der Kinder- und Jugendliche wird ein umfassendes Behandlungsangebot gewährleistet und eine nachhaltige Behandlung gefördert.
5. In der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie werden Patient:innen behandelt, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in den Maßregelvollzug nach § 63 StGB oder § 126 a StPO eingewiesen wurden. Die KRH Psychiatrie Wunstorf ist vom Land Niedersachsen mit der Durchführung des Maßregelvollzuges gemäß § 63 StGB beliehen. Neben der psychiatrischen Versorgung arbeiten speziell geschulte Fachkräfte und ein Sicherheitsexperte daran, die Resozialisierung dieser Patient:innen bestmöglich zu unterstützen.

Auch an den dezentralen Standorten in der Deisterstraße Hannover und in Nienburg werden ambulante Behandlungen in den Institutsambulanzen und teilstationäre Behandlungen angeboten. Die KRH Psychiatrie Wunstorf ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.

Die psychiatrische Versorgung in der KRH Psychiatrie Wunstorf wird von einem breit aufgestellten, multiprofessionellen Team gewährleistet. Rund 488 Vollzeitkräfte arbeiten eng zusammen, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen. Das Team umfasst Ärzt:innen, Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten, medizinische Fachangestellte, Genesungsbegleiter, Musiktherapeuten sowie weitere Spezialisten. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die Klinik jährlich etwa 38.000 Patientinnen und Patienten versorgen, sowohl in ambulanter, teilstationärer als auch stationärer Form. Diese vielfältige Betreuung stellt sicher, dass die individuellen Bedürfnisse jedes Einzelnen umfassend berücksichtigt werden.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Psychiatrie Wunstorf Standort Deisterstraße
Hausanschrift	Deisterstraße 17 B 30449 Hannover
Zentrales Telefon	0511/543678-2001
Fax	0511/543678-2019
Zentrale E-Mail	tkd.wunstorf@krh.de
Postanschrift	Deisterstraße 17B 30449 Hannover
Institutionskennzeichen	260321587
Standortnummer aus dem Standortregister	772944000
Standortnummer (alt)	00
URL	https://www.psychiatrie-wunstorf.krh.de

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztliche Direktorin / Chefärztin Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess
Telefon	05031/93-1201
Fax	05031/93-1207
E-Mail	iristatjana.graef-calliess@krh.de

Pflegedienstleitung

Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsführender Direktor / Pflegedirektor
Titel, Vorname, Name	Bastian Flohr
Telefon	05031/93-1205
Fax	05031/93-1207
E-Mail	bastian.flohr@krh.de

Verwaltungsleitung

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

Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Leon Oppermann
Telefon	05031/93-1203
Fax	05031/93-1207
E-Mail	leon.oppermann@krh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	Klinikum Region Hannover Psychiatrie GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Abteilungsbezogen und in den Institutsambulanzen, Pflegeberatung.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege (Bezugstherapeutensystem) erfolgt auf allen Stationen.
MP25	Massage	Physiotherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Psychoedukation für Patienten mit rezidivierenden Erkrankungen (Rückfallprophylaxe bei Psychosen), Suchtberatung, Trialogisches Gespräch, Behandlungsvereinbarungen mit Patienten
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Trialogisches Gespräch, Angehörigenberatung, Behandlungsverträge
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Die Klinik verfügt über Selbsthilfebeauftragte, die den Kontakt zu den örtlichen Selbsthilfegruppen pflegen.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunstwerkstatt auf dem Gelände mit regelmäßigen Projekten.
MP27	Musiktherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Konzentrierte Bewegungstherapie
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Trialogisches Gespräch, Vorträge, Zukunftstag, sozialer Basar, kulturelle Angebote (Musik, Kino, Kabarett), Bewegungsnetzwerk Wunstorf, Veranstaltungen im Rahmen des Bündnisses gegen Depression
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	

A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	http://www.krh.de	Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, aus dem Speiseplan aus verschiedenen Angeboten zu wählen. Vegetarische und kultursensible Komponenten können hier frei gewählt werden.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	http://www.krh.de	Es finden regelmäßig Vorträge zu psychiatrischen Themen im Sozialzentrum der Klinik statt.
NM63	Schule im Krankenhaus	http://www.krh.de/klinikum/PSW/kliniken/kinderpsychiatrie/behandlung/Seiten/default.aspx	Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kooperiert mit örtlichen Schulen, um den betroffenen Kindern ein Schulangebot unterbreiten zu können.
NM42	Seelsorge	http://www.krh.de	ev. Krankenhauseelsorge, Zusammenarbeit mit einem katholischen Pfarrer, Unterstützung bei der Wahrnehmung anderer spiritueller Ausrichtungen
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	http://www.krh.de	Das Krankenhaus pflegt seit Jahren die Kooperationen zu den örtlichen Selbsthilfegruppen. Es sind klinische Selbsthilfebeauftragte als Ansprechpartner für die Selbsthilfegruppen benannt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

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

Funktion	Schwerbehindertenbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Heike Müller
Telefon	05031/93-1461
Fax	05031/93-1207
E-Mail	Heike.Mueller@krh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Menschen mit einer Demenzerkrankung erfahren eine besondere Betreuung . Eine Station richtete sich hierfür speziell konzeptionell aus, sodass eine intensive Betreuung möglich ist. Fort- und Weiterbildungen für das entsprechende Fachwissen zu diesem Krankheitsverlauf sind selbstverständlich.
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Diese sind über den Bettenpool des Klinikverbundes schnell zu beziehen.
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Hilfsmittel dieser Art können bei Bedarf über den Klinikverbund bezogen werden.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Hilfsmittel dieser Art können bei Bedarf über den Klinikverbund bezogen werden.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Hilfsmittel dieser Art können bei Bedarf über den Klinikverbund bezogen werden.
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Beteiligung an der Lehre in den Psychatriekursen der Medizinischen Hochschule Hannover. Anerkennung als Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH. Die Ärztliche Direktorin ist an der MHH lehrbefugt. Medizinstudenten im Praktischen Jahr, Psychologische Psychotherapeuten-Ausbildung, Famulaturen.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Rahmen des Studienganges Physiotherapie B. Sc. stehen Ausbildungsplätze in Kooperation mit der HAWK Hildesheim zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/physiotherapie</p>
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	<p>Im Rahmen der Ausbildung können notwendige Praktika im Hause absolviert werden.</p>
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/operationstechnische-assistenz</p>
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	<p>Die Ausbildung erfolgte bis August 2023 an der Akademie KRH. Der neue Studiengang Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Ausbildung grundsätzlich abgelöst (Hebammengesetz). Das KRH ist weiterhin Praxisanbieter für die Studierenden in der Region Hannover.</p>

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/anaesthesietechnische-assistenz</p>
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	<p>Im Rahmen der Ausbildung können notwendige Praktika im Hause absolviert werden.</p>
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	<p>Die Ausbildung wird nicht angeboten, jedoch stehen im Klinikum Regions Hannover Plätze für den praktischen Einsatz zur Verfügung.</p>
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann</p>
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	<p>Im Klinikum Region Hannover stehen zentral in der unternehmenseigenen Akademie Ausbildungsplätze zur Verfügung, in Kooperation mit der Hochschule Hannover.</p> <p>https://akademie.krh.de/ausbildung/pflegefachfrau/pflegefachmann</p>

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	18

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	171
Ambulante Fallzahl	7782
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	1,85	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,48	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,59	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,09	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,66	
Nicht Direkt	0	

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

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,22	
Ambulant	0,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,9	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,46	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

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

A-12.1.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement
---------------------------	---

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

Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Leon Oppermann
Telefon	05031/93-1203
Fax	05031/93-1207
E-Mail	leon.oppermann@krh.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: QM-Dokumentation im Rahmen des Klinikverbundes sowie am Standort. Datum: 03.01.2023	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: aktualisiert Datum: 20.12.2023	
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerztherapie medikamentös und nichtmedikamentös Datum: 05.04.2023	Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung wird eine multimodale Schmerztherapie angeboten mit pharmakologischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen und ergänzenden Maßnahmen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Name: intrinsische und extrinsische Risikofaktoren über Morse fall Scala Datum: 05.04.2023	Bei der Feststellung eines erhöhten Sturzrisikos Erstellen eines Maßnahmenplan zur Prophylaxe Führen eines Sturzprotokolls, ggf. Analyse des Sturzgrundes
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard Datum: 04.04.2023	Risikoerhebung bei Aufnahme mittels Bradenskala ggf. Lagerungshilfen durch Spezialmatratzen Dokumentation weiterer Maßnahmen
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Datum: 04.07.2023	In einer psychiatrischen Klinik sind diese Maßnahmen standardisiert und werden entsprechend sorgfältig dokumentiert.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: aktualisiert Datum: 17.05.2021	Über das Krankenhausinformationssystem steht ein geregeltes Verfahren zur umgehenden Instandsetzung / Reparatur defekter Geräte zur Verfügung.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Fallsupervisionen	Interdisziplinäre Fallbesprechungen/-konferenzen finden regelmäßig strukturiert, z.B. in Form von Supervisionen, Balintgruppenarbeit und auch Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, statt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Entlassungsvorbereitung/-management Datum: 26.10.2022	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Nein

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF00	Sonstiges	Externe Qualitätssicherung durch Besuchskommission des Landtages und Berichtspflicht gegenüber dem Niedersächsischem Sozialministerium bei bestimmten Vorkommnissen.
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)	

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygienikern	1	Klinikverbund KRH; Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	Sind stationsübergreifend und an allen Standorten im Gesamthaus eingesetzt.
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Klinikverbund KRH; Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess
Telefon	05031/93-1201
Fax	05031/93-1207
E-Mail	iristatjana.graef-calliess@krh.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Einige hier beschriebene Krankheitsbilder treffen für Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen Klinik nicht zu. Im Falle einer hier beschriebenen infektiösen Erkrankung erfolgt eine Verlegung in ein somatisches Haus des Unternehmens.

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Teilweise

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/hygiene/	Krankenhausspiegel Hannover
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus-Netzwerk Region Hannover	Region Hannover
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Das Krankenhaus nimmt nicht an der Aktion "Saubere Hände" teil, setzt aber ein unternehmensweites Konzept zum Händehygiene-Standard um.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Werden mehrmals jährlich angeboten.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Die Anliegen gehen bei Beschwerdekoordinatoren ein, werden strukturiert erfasst und direkt bearbeitet. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet, sowie auf Aushängen in den klinischen Bereichen des Unternehmens bekannt gegeben. Auf Ebene des Klinikverbundes wird im zentralen Qualitäts- und Risikomanagement eine systematische Weiterentwicklung des dezentralen Beschwerdemanagements sichergestellt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existiert eine schriftliche Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement KRH, die für alle Kliniken und Organisationsbereiche des Unternehmens Gültigkeit hat. Dieses Konzept umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt. Die Anliegen wurden in der Regel schriftlich vorgetragen. Dabei wurde in wenigen Fällen ein klassischer Brief genutzt. Der größte Anteil aller Kontakte ging über digitale Medien ein (E-Mail, Web-Formulare).

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Die Zeitziele (Reaktionslatenz) und die Beschwerdebedeutung sind im schriftlichen Konzept im Klinikum Region Hannover definiert. Der Eingang jedes Anliegens wird innerhalb von zwei Werktagen bestätigt. Die Gesamtdauer eines Vorganges ist, in Abhängigkeit der Komplexität, variabel und kann von wenigen Stunden (Sofortlösung) bis zu mehreren Wochen (umfangreiche Lösung) betragen. Jedes Anliegen wird mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	http://www.krh.de
Kommentar	Systematische Patientenbefragungen fanden im Berichtsjahr in der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Fachklinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie statt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Nein

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Qualitätsmanagement-Beauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Vildan Nuha Kizilirmak
Telefon	05031/93-1252
Fax	05031/93-1207
E-Mail	VildanNuha.Kizilirmak@krh.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	https://www.krh.de/lob-tadel
Kommentar	Das Beschwerdemanagement ist systematisch als "Lob und Tadel" eingeführt.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

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

Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Eleonore Hein
Telefon	05031/93-1070
Fax	05031/93-1207
E-Mail	Patientenfuersprecher.Psych-WUN@extern.krh.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission
--	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

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

Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. rer. nat. Thomas Vorwerk
Telefon	0511/927-6900
Fax	0511/927-6929
E-Mail	thomas.vorwerk@krh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen
Es findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Apotheker/innen in der Thematik Arzneimittelverordnung statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, 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, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung:

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Formular in der Verordnungssoftware
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		SmartMedication
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		AIDKlinik®
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen 	Risikoarzneimittel werden durch pharmazeutisches Personal zubereitet.
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) 	AIDKlinik® zur Entscheidungsunterstützung, Elektronische Bestellung von Arzneimitteln und Rezepturen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		SmartMedication
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) 	Pharmazeutische Visiten, Hinterlegung patientenindividueller AMTS-Hinweise in den Verlaufsberichten durch Apotheker/in, CIRS-System
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten 	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Die Verfahren sind über die KRH Standorte 24 Stunden verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefärztin Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Claudia Wilhelm-Gößling
Telefon	05031/93-1215
Fax	05031/93-1207
E-Mail	claudia.wilhelm-goessling@krh.de
Straße/Nr	Südstraße 25
PLZ/Ort	31501 Wunstorf
Homepage	https://psychiatrie-wunstorf.krh.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Motivations-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung bei schweren Folgeschäden und Doppeldiagnosen, Psycho-, systemische und Familien-, Pharmako- und Soziotherapie, Überleitung in komplementäre Angebote (z.B. Rehabilitation) und Vernetzung ambulante Suchthilfe; Institutsambulanz
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Sozialpsychiatrische Behandlung -offene und geschlossene Stationssettings- bei schweren Störungen und Multimorbidität, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, systemische und Familientherapie, Pharmakotherapie, Überleitung in komplementäre Angebote, Tagesklinik, Institutsambulanz
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Sozialpsychiatrische teilstationäre Behandlung bei schweren Störungen und Multimorbidität, störungsangepasste Psycho-, systemische und Familien-, Pharmakotherapie, ggf. Überleitung in komplementäre Angebote inkl. Rehabilitation, Tagesklinik; Institutsambulanz

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Sozialpsychiatrische Behandlung - offene und geschlossene Stationssettings - bei schweren Störungen und Multimorbidität, störungsangepasste Psychotherapie, systemische Therapie, Traumatherapie, Pharmakotherapie, ggf. Überleitung in komplementäre Angebote, Tagesklinik; Institutsambulanz
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Störungsangepasste psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlung
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Sozialpsychiatrische Behandlung -offene und geschlossene Stationssettings- Behandlung bei schweren Störungen und Multimorbidität, störungsangepasste Psychotherapie, systemische Therapie, Trauma-, Pharmakotherapie, ggf. Überleitung in komplementäre Angebote, Tagesklinik, Institutsambulanz

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Sozial- und gerontopsychiatrische Diagnostik und Behandlung bei Störungen und Multimorbidität, offene und geschlossene Stationssettings, Psycho-, systemische Familien-, Pharmakotherapie, ggf. Überleitung in Heime, komplementäre Angebote, Tagesklinik, Institutsambulanz.
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutsambulanz: Suchtmedizinische Sprechstunden
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	171

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Multiprofessionelles Komplexleistungsangebot (VP00)
Angebotene Leistung	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)
Angebotene Leistung	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	1,85	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,59	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ13	Hygienefachkraft

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP13	Qualitätsmanagement	Hausinterne Schulungen zum Qualitätsmanagement
ZP24	Deeskalationstraining	

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,22	
Ambulant	0,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,46	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Cholezystektomie (CHE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Dekubitusprophylaxe (DEK)	33	100,00 %	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzchirurgie (HCH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze		Kommentar DAS
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar DAS
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	4
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	2
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Nachweis 1. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

1. Quartal 2023

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung/Konzept station
TK Deisterstraße	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	67
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	930

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	326
Pflegefachpersonen	920
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	544
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	243
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	113
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	0

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Nein	382	85,21
Pflegefachpersonen	Nein	1060	86,75
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	349	155,73
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	517	47,04
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	54	209,46
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Nein	328	0,00

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	79,73 %

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

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

C-9.4 Gesamtkommentar

Gesamtkommentar
Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“] gilt im Q1, Q2, Q3 und Q4 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 90 % als nicht erfüllt.

Nachweis 2. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

2. Quartal 2023

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung	
Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung/Konzept station
TK Deisterstraße	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	987

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	682
Pflegefachpersonen	832
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	549
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	211
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	99
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	324

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	378	180,42
Pflegefachpersonen	Nein	1046	79,54
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	346	158,67
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	507	41,62
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	52	190,39
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	333	97,30

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	101,31 %

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

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

C-9.4 Gesamtkommentar

Gesamtkommentar

Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“] gilt im Q1, Q2, Q3 und Q4 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 90 % als nicht erfüllt.

Nachweis 3. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

3. Quartal 2023

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung

Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung/Konzept station
TK Deisterstraße	0	16	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	929

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	696
Pflegeschwestern	905
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	483
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	292
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	97
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	283

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	357	194,96
Pflegefachpersonen	Ja	985	91,88
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	326	148,16
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Nein	476	61,34
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	50	194,00
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	313	90,42

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	109,93 %

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

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

C-9.4 Gesamtkommentar

Gesamtkommentar

Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“] gilt im Q1, Q2, Q3 und Q4 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 90 % als nicht erfüllt.

Nachweis 4. Quartal

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

4. Quartal 2023

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp "Erwachsenenpsychiatrie"

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung

Gilt für die Einrichtung eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung?	Ja
Verfügt die Einrichtung über geschlossene Bereiche?	Nein
Verfügt die Einrichtung über 24-Stunden-Präsenzdienste?	Nein

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Station	Planbetten der vollstat. Versorgung	Planplätze der teilstat. Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung/Konzept station
TK Deisterstraße	0	18	E = elektive offene Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	975

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	656
Pflegfachpersonen	860
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	463
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	633
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	101
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	328

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung

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

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen

Berufsgruppe	Mindestanforderungen eingehalten?	Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	Umsetzungsgrad (in %)
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja	374	175,40
Pflegefachpersonen	Nein	1034	83,17
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Ja	341	135,78
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Ja	501	126,35
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Ja	52	194,23
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	Ja	329	99,70

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung

Umsetzungsgrad in der Einrichtung	
Umsetzungsgrad der Einrichtung	115,58 %

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände

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

C-9.4 Gesamtcommentar**Gesamtcommentar**

Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelung [„Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtung sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde“] gilt im Q1, Q2, Q3 und Q4 der Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene mit > 90 % als nicht erfüllt.

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein
---	------

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover

„Aus Verantwortung gemeinsam für gute Medizin“

Unser Selbstverständnis prägt auch die Qualitätsstrategie des Klinikverbundes. Wohnortnah können Menschen die Einrichtungen nutzen und dabei von der Stärke und Vielfalt eines großen Klinikums profitieren. Die Vernetzung im Verbund spielt dabei eine bedeutende Rolle. Die Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover (KRH) fördert die Vernetzung und die Qualitätsentwicklung.

Besonders prägend und wegweisend für die Entwicklungen im Klinikum Region Hannover ist die Medizinstrategie 2030, die im März 2023 veröffentlicht wurde. Sie wurde unter Beteiligung einer großen Zahl von Mitarbeitenden des KRH entwickelt. Die Medizinstrategie 2030 stellt eine strategische Neuausrichtung des KRH als Reaktion auf die immensen Herausforderungen für Deutschlands Krankenhäuser, die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene sowie der Krankenhausfinanzierung dar. Die Strategie steht somit auch im Zeichen der geplanten Krankenhausreform der Bundesregierung. Ziel der Medizinstrategie 2030 ist es, Menschen in der Region Hannover auch in Zukunft eine hochmoderne Gesundheitsversorgung aus kommunaler Hand anzubieten. Im Fokus steht dabei der Zugang und Erreichbarkeit von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für alle Einwohner/innen der Region Hannover. Für die Mitarbeitenden im KRH schafft die Medizinstrategie 2030 hoch attraktive Arbeitsplätze, gute Arbeitsbedingungen und ein spannendes Arbeitsumfeld. Mithilfe der Neuausrichtung wird ein breit gefächertes, abgestuftes Versorgungsangebot in Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung gewährleistet. Hinzu kommt eine sinnvolle Ergänzung durch neue Versorgungsformen, die helfen, die Lücke zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu schließen. Deshalb erfolgt eine Konzentration von Ressourcen für bestimmte Leistungen an einzelnen Standorten und Bildung von Behandlungsschwerpunkten.

Die Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen ein relevanter und bedeutender Faktor. Das KRH arbeitet kontinuierlich daran, moderne Medizin und vernetzte Kommunikation für die Patientensicherheit umzusetzen.

Im Jahr 2023 startete am Standort KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge das Pilotprojekt für das Patientenportal „DeinKRH“. Das Patientenportal ermöglicht den Patientinnen und Patienten einen digitalen Zugang über eine Applikation (App). Diese kann kostenfrei im Apple App Store und über Google Play heruntergeladen werden. Patientinnen und Patienten können über „DeinKRH“ elektronisch in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Sie haben im Patientenportal die Möglichkeit, eigenen Dokumente und Informationen einzusehen, hochzuladen, auszufüllen und mit dem Krankenhaus zu kommunizieren. Auch die anderen Standorte des Klinikum Region Hannover werden nach der Pilotphase schrittweise an das Patientenportal „Dein KRH“ angeschlossen.

Weitere Digitalisierungsprojekte im KRH befassen sich u.a. mit

- dem Patientendatenmanagementsystem (Projekt PDMS),
- einer Optimierung der internen Terminkalender (Projekt Plantafeloptimierung),
- der Datenerfassung und Prozessoptimierung durch Barcode-Scanner (Projekt ScanProCare!)

- der automatischen Spracherkennung, z.B. bei ärztlichen Diktaten (Projekt Spracherkennung) und
- der digitalen Vernetzung von allen Beteiligten im Gesundheitswesen (Projekt Telematikinfrastruktur).

In allen somatischen Klinikstandorten im Verbund ist jeweils eine Gesamtzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 umgesetzt. Zusätzlich werden in vielen Zentren des KRH Audits und Fachzertifizierungen durchgeführt. Die psychiatrischen Einrichtungen des KRH werden im Jahr 2024 nach DIN EN ISO zertifiziert sein.

Im Herbst 2023 hat die externe Auditierung mit erfolgreicher Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 für den Geltungsbereich Führungsprozesse der Geschäftsführung, Kernleistungen der Zentralbereiche, Stabsstellen und Beauftragte mit dem übergeordneten Zweck der Patientenversorgung im Klinikverbund KRH stattgefunden.

Das Klinikum Region Hannover hat ihr Netzwerk aus radiologischen Fachabteilungen mit Ihren Spezialist*innen strukturell in ein neu gegründetes Institut für Radiologie überführt.

Die gesamte fachliche Expertise aller Standorte kann damit noch besser im Klinikverbund eingesetzt werden. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels profitieren Patient*innen davon, dass der Klinikverbund Strukturen schafft, die die radiologischen Leistungen standortübergreifend angeboten werden.

Wissen und Kompetenzen werden optimal im Unternehmen verteilt und durch Förderung von Expertentum mit Scherpunktbildung und Spezialisierung wird eine hohe diagnostische und interventionelle Qualität gewährleistet. Die Strukturstärkung des Klinikverbundes durch Gründung des Instituts für Radiologie ermöglicht neben den standortgebundenen radiologischen Leistungen auch einen verstärkten Einsatz von Teleradiologie.

Die Zentralapotheke begann bereits vor einigen Jahren mit gezielten Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit in den KRH Krankenhäusern (z. B. Stationsapotheker/innen, die beim Einsatz von Medikamenten beraten sowie die Verbesserung der elektronischen Arzneimittelverordnung). Auch hier ist die Vernetzung im Verbund sichtbar und geht weiter: Interprofessionelle ABS-Teams, bestehend aus infektiologisch weitergebildeten Ärzt/innen und Apotheker/innen, Medizinischen Mikrobiolog/innen und Krankenhaushygieniker/innen, erarbeiten Strategien zum rationalen Einsatz von Antiinfektiva und setzen diese gemeinsam mit den behandelnden Ärzt/innen um. Unter anderem werden damit auch die Resistenzen gegen Antibiotika verringert.

Im Jahr 2023 wurde die Akademie des Klinikum Region Hannover Akademie erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2015 und bildungsspezifischer Norm (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung - AZAV) zertifiziert.

Bei der Ausbildung in der KRH Akademie wird auf digitalen Lernmöglichkeiten gesetzt, den Auszubildenden werden dafür Tablets bereitgestellt. In der KRH Akademie wurde der Fokus vermehrt auf eine erweiterte und neue Ausbildungsumgebung gelegt und eine Ausbildung mit verstärktem und ausgebautem Praxisbezug entwickelt. Hierzu gehört u. a. das SkillsLab.

Das SkillsLab ist in den Räumlichkeiten der KRH Akademie entstanden und besteht aus einer Aufnahme, zwei Patientenzimmern, einem OP, einer Intensivstation und Behandlungsräumen für Physiotherapeut*innen sowie Lernmöglichkeiten für Hebammen. Alle Räumlichkeiten wurden mit ausgemusterten original Geräten des KRH ausgerüstet, um eine reale Übungslandschaft zu erschaffen. Ziel des SkillsLab ist es, die Lernrealität der Auszubildenden zwischen Praxiseinsatz in den Kliniken und Lernen an der KRH Akademie weiter zu verbinden und beide Bereiche didaktisch und praxisbezogen zu vernetzen. Zudem bietet es für Fort- und Weiterbildungsteilnehmende ebenfalls einen Mehrwert das Erlernte in praktischen Übungen

anzuwenden. Die Übungssituationen werden in einem späteren Schritt per Kamera an die Klassenkameraden / Kameradinnen in den Klassenräumen übertragen oder aufgezeichnet.

D-2 Qualitätsziele

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

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

D-3 Aufbau des einrichtungswinterne Qualitätsmanagements

Ein einrichtungswinterne Qualitätsmanagement ist in der KRH Psychiatrie Wunstorf implementiert. 2 qualifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte (1,5 VK) stehen am Standort zur Verfügung. Weitere Mitarbeitende sind im Bereich Qualitätsmanagements fortgebildet und bringen als QM-Multiplikatoren der jeweiligen Fachkliniken, Stationen bzw. Abteilungen ihre Expertise ein. In den regelmäßigen QM-Multiplikatoren Treffen, steht die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems, Sachstände zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, Informationen zu Projekten, Schulungen zu aktuellen Themen und der abteilungsübergreifende Austausch im Fokus. Darüber hinaus arbeiten Führungskräfte und/oder weitere Mitarbeitende als Experten in Projekt- oder Arbeitsgruppen multiprofessionell zusammen und garantieren eine fachliche und organisatorische Entwicklung. Durch die Zusammenarbeit sowie den kontinuierlichen Austausch aller Berufsgruppen ist die Durchdringung des Qualitätsmanagementsystems gewährleistet.

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

Zusammenfassend ist somit ein Qualitätsmanagement aufgebaut und wird kontinuierlich verbessert. Für Mai 2024 ist die Zertifizierung der gesamten KRH Psychiatrie Wunstorf nach DIN EN ISO 9001:2015 geplant.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

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

1. Festgelegte Qualitätsziele

2. Festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
3. Interne Audits
4. Patientenbefragungen
5. Prozess- und Ablaufbeschreibungen sowie weitere dokumentierte Informationen
6. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Fallkonferenzen
7. Teambesprechungen und Teamtage
8. Fachübergreifende Projekt- und Arbeitsgruppen
9. Festgelegte Kommunikationsstruktur
10. Wissensmanagement
11. Beschwerdemanagement
12. Risikomanagement
13. Critical Incident Reporting System
14. Hygienemanagement
15. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen aller Berufsgruppen
16. Pflichtschulungen, Unterweisungen und Belehrungen
17. Schnittstellenmanagement

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

In 2023 wurden insbesondere folgende Projekte begonnen bzw. weitergeführt:

1. Weitere Umsetzung der Psychiatriestrategie
2. Konzeptentwicklungen für interdisziplinäre Stationen
3. SAP-Plantafel
4. Aufnahmeprozess
5. Neuerstellung Krankenhausalarm- und Einsatzplan
6. Festlegung einheitlicher Inhalte für die Sicherheitsbelehrungen
7. Erweiterung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Inbetriebnahme eines neuen Gebäudes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie
8. Inbetriebnahme einer forensischen Station
9. Vorbereitung der Inbetriebnahme eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums
10. Neubau eines Stationsgebäudes

11. Vorbereitung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015
12. Optimierung des Beauftragtenwesens
13. Neuerstellung von Einarbeitungskonzepten im pflegerischen und ärztlichen Bereich

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

1. Jährliche Bewertung des Managementsystems
2. Regelmäßige Durchführung interner Audits
3. Ermittlung der Kundenzufriedenheit
4. Maßnahmenmanagement
5. Dokumentenmanagement
6. Kennzahlenvergleiche (z. B. Teilnehmer, Beschwerden, CIRS Meldungen, Personalkennzahlen, Begehungen)
7. Initiierung von Projekten