

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

Tagesklinik Linden

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 22.02.2024 um 12:33 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	11
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10 Gesamtfallzahlen	13
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2 Pflegepersonal	14
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	15
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-12.1 Qualitätsmanagement	18
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	18
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	19
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	21
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	22
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	23
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	24
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	24
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	24
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	24
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	25
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	25
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	25
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	26
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	26
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	26
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[1].11 Personelle Ausstattung	28
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	28
B-11.2 Pflegepersonal	28
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	29
Teil C - Qualitätssicherung	31
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	31
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	31
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	31
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	31
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	31
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	31
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	32

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19- Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA- Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Das Fachkrankenhaus für die Seele

Einleitungstext

Das Klinikum Wahrendorff - Das Fachkrankenhaus für die Seele - bietet seinen Patientinnen und Patienten psychiatrische und psychosomatische Angebote in Stadt und Region Hannover. Das Leistungsspektrum umfasst voll- und teilstationäre Angebote der Allgemeinpsychiatrie, der Psychosomatik sowie diverse hoch ausdifferenzierte psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote. Dezentrale psychiatrische Institutsambulanzen, an aktuell acht Standorten, runden das Profil als Vollversorger ab.

Neben den Fachkliniken in Sehnde/Ilten und Celle bieten wir mehr als 1.000 Menschen mit Hilfebedarf

Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach Bundesteilhabegesetz an. Wir bieten diesen Menschen mit seelischen, körperlichen und geistigen Behinderungen unterschiedlichster Ausprägung ein Zuhause. Jede Patientin, jeder Patient, jede Bewohnerin und jeder Bewohner wird dabei als unverwechselbares Individuum anerkannt und die größtmögliche individuelle Freiheit garantiert. Und das seit nunmehr 160 Jahren!

Im Klinikum Wahrenndorff arbeiten mehr als 1.600 Menschen, der überwiegende Teil davon weiblich. Ärztinnen, Psychologinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Pflegefachkräfte, Heilerziehungspflegerinnen, Altenpflegerinnen, Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeutinnen, Krankengymnastinnen, Sporttherapeuten und andere Berufsgruppen begleiten und unterstützen unsere Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner während ihrer Behandlung im Fachkrankenhaus.

Die vollstationären Angebote finden Sie in unseren Kliniken in den Ortsteilen Ilten und Köthenwald in der Gemeinde Sehnde sowie in der Stadt Celle. Die teilstationären Angebote der insgesamt acht Tageskliniken mit entsprechenden ambulanten Angeboten der angegliederten psychiatrischen Institutsambulanzen liegen in Ilten, Köthenwald, Celle, Lehrte und wohnortnah an mehreren Standorten direkt in Hannover.

Das Fachkrankenhaus für die Seele in Ilten/Köthenwald umfasst 289 vollstationäre und 307 teilstationäre Behandlungsplätze. Unsere psychiatrisch-psychosomatische Klinik in Celle hält 75 vollstationäre Betten sowie 45 tagesklinische Plätze vor.

Im Rahmen einer feierlichen Grundsteinlegung wurde am 7. Dezember 2018 mit dem Neubau eines zentralen Klinikgebäudes am Standort Köthenwald begonnen. Das neue Gebäude, welches im Frühjahr 2023 in Betrieb genommen werden soll, bietet Platz für rund 350 Patientinnen und Patienten. Dieser Neubau wird mit seiner Architektur - verbunden mit unserem hohen medizinischen Anspruch und gehobenen Hotelstandards - wesentlich dazu beitragen, dass das Klinikum Wahrenndorff auch in Zukunft seinem Anspruch als Qualitätsführer gerecht wird.

Zentral im Stadtteil Linden gelegen bietet die kultursensible Tagesklinik Linden Menschen eine teilstationäre Behandlung, welche die Grenzen einer Sprachbarriere oder einem interkulturellen Krankheitsverständnis zu überwinden versucht. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der russischen und türkischen Sprache, was sich auch in der Sprachkenntnis unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigt. Bei Sprachbarrieren, welche nicht durch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgedeckt werden können, unterstützen uns, zumindest bei den psychologischen Einzelgesprächen und fachärztlichen Visiten, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Darüber hinaus bietet dies Tagesklinik Linden ein teilstationäres, psychiatrisch-psychotherapeutisches Therapieangebot, in welcher ein breites Spektrum an psychiatrischen Störungen behandelt werden kann. Unser Behandlungsangebot richtet sich dabei geneartionenübergreifend an Menschen ab 18 Jahre. Unser Therapiekonzept setzt dabei auf eine individuelle und intensive Behandlung. Für Ihren Aufenthalt wird unseren Patientinnen und Patienten eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut zur Seite gestellt. Zentraler Bestandteil der Therapie ist daneben ein vielfältiges Gruppenangebot, welches durch unser multiprofessionelles Team angeboten wird. Auch ärztlich wird der therapeutische Fortschritt in regelmäßig stattfindenden fachärztlich geleiteten Visiten begleitet.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Katarzyna Namendorf
Position	Qualitätsmanagement
Telefon	05132 / 90 - 2400
Fax	05132 / 90 - 2266
E-Mail	katarzyna.namendorf@wahrenndorff.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Holger Stürmann
Position	Geschäftsführer
Telefon.	05132 / 90 - 2201
Fax	05132 / 90 - 2266
E-Mail	holger.stuermann@wahrendorff.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://klinikum.wahrendorff.de
URL für weitere Informationen	https://www.wahrendorff.de
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://www.wahrendorff.de (Wir behandeln die uns anvertrauten Menschen wertschätzend, respektvoll und individuell.)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Klinikum Warendorff GbmH
Institutionskennzeichen	260320780
Hausanschrift	Rudolf-Warendorff-Str. 22 31319 Sehnde OT Ilten
Postanschrift	Rudolf-Warendorff-Str. 22 31319 Sehnde OT Ilten
Telefon	05132 / 90 - 2201
E-Mail	mail@warendorff.de
Internet	http://www.warendorff.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. Marc Ziegenbein	Ärztlicher Direktor und Chefarzt	05132 / 90 - 1851	05132 / 90 - 1895	marc.ziegenbein@warendorff.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Cordula Schweiger	Pflegedirektorin	05132 / 90 - 1865	05132 / 90 - 1898	cordula.schweiger@warendorff.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Holger Stürmann	Geschäftsführer/ zuständig ab 01.11.2020	05132 / 90 - 2250	05132 / 90 - 2266	holger.stuermann@warendorff.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Tagesklinik Linden
Institutionskennzeichen	260320780
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771009000
alte Standortnummer	xx
Hausanschrift	Schwarzer Bär 8 30449 Hannover
Postanschrift	Schwarzer Bär 8 30449 Hannover
Internet	http://www.warendorff.de

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Gülay Akgül	Leitende Ärztin bis 10.2022	05132 / 90 - 2818	05132 / 90 - 2560	guelay.akguel@warendorff.de
Prof. Dr. Marc Ziegenbein	Leitender Arzt ab 11.2022	05132 / 90 - 1851	05132 / 90 - 1895	dr.ziegenbein@warendorff.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Cordula Schweiger	Pflegedirektorin	05132 / 90 - 1865	05132 / 90 - 1898	cordula.schweiger@wahrendorff.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Pirmin Kaiser	Orga-Leitung	0511 / 8489 - 530	0511 / 12310 - 79119	pirmin.kaiser@wahrendorff.de
Holger Stürmann	Geschäftsführer	05132 / 90 - 2250	05132 / 90 - 2266	holger.stuerman@wahrendorff.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name	Klinikum Wahrendorff GbmH
Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Dazu gehören Gespräche mit Angehörigen im Alltag, spezielle Angehörigengruppen und Fortbildungen für Betreuer, Angehörige und Interessierte. Alle Angebote werden von Spezialisten der unterschiedlichen Themengebiete angeboten. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist uns besonders wichtig.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Unsere Sozialarbeiter gewährleisten eine umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen im Bereich der Rehabilitation.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Unsere Experten der Sporttherapie bieten Gruppentherapien im Rahmen des psychiatrischen Behandlungsplans. Die Bewegungsprogramme dienen der körperlichen Aktivierung, Förderung der Koordination, Kommunikation und Körperwahrnehmung. Im Angebot stehen Teamspiele wie auch spezielle Einzelangebote.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Wir identifizieren gemeinsam mit unseren Patienten einen evtl. Unterstützungsbedarf. Ziel ist eine individuelle und frühe Steuerung der Entlassung zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Wenn Erkrankung oder Behinderung gleichzeitig mit Handlungsfähigkeit verbunden sind, hilft Ergotherapie weiter. Wir bieten jedem Patienten eine individuelle Behandlung, die auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft basiert und ihm die bestmöglichen Chancen gewährt.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Unsere Kunsttherapie ermöglicht innerhalb einer geschützten therapeutischen Beziehung einen nonverbalen Ausdruck. Malerische oder zeichnerische Medien, plastisch-skulpturale Gestaltungen sowie fotografische Medien sind Angebote, die kreative Fähigkeiten entwickeln und positiv zur Genesung beitragen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	Unser Angebot beinhaltet die diagnostische Abklärung und psychotherapeutische Behandlung der häufigsten seelischen Erkrankungen des Menschen.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Entspannungstherapien gehören bei uns zum täglichen Angebot. U.a. bieten wir unter professioneller Anleitung Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation oder Achtsamkeitsübungen an.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Die Fähigkeit, sich gezielt auf eine Tätigkeit zu fokussieren, kann krankheitsbedingt aus verschiedenen Gründen eingeschränkt sein. Die Patienten werden spielerisch, (ohne Leistungsdruck) an kognitive Strategien herangeführt, die zur Bewältigung ihres Alltags nützlich sind.
MP63	Sozialdienst	Die Mitarbeiter des Sozialdienstes begleiten die Patienten während ihres Klinikaufenthaltes. U.a. findet eine Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation der Patienten statt. Dabei werden die individuellen Fähigkeiten der Patienten betrachtet.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Uwe Algner
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Telefon	0171 / 6413 - 839
Fax	05136 / 9724 - 647
E-Mail	u.algner@wahrendorff.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Alle Räume sind einheitlich und gut lesbar beschriftet.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF25	Dolmetscherdienste	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Wir bieten eine gute Auswahl von bilingual sprechenden Mitarbeitern. Die Dolmetscherliste wird fortlaufend aktualisiert. Mitarbeiter bieten ihre Sprachkenntnisse für Übersetzung an, u.a. Englisch, Polnisch, Russisch, Ukrainisch, Türkisch.
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 / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Die Leitung der Abteilung Forschung und Entwicklung (F u E) ist Mitglied des Lehrkörpers der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die Mitarbeiterinnen sind Mitglieder der Forschungsgruppe „Soziale und Transkulturelle Psychiatrie“ der MHH.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Praktika in Zusammenarbeit mit: IU Internationale Hochschule, Fachrichtung Soziale Arbeit Fernuni Hagen, Fakultät Kultur- und Sozialwissenschaften; PFH Göttingen, Fachrichtung Psychologie.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	MHH Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin, Gesundheitssystem-forschung; MHH Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Psychotherapie; MHH Medizinische Soziologie; MHH Klinik für Psychosomatik, Psychotherapie.
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Die Abteilung Forschung und Entwicklung beschäftigt sich fortlaufend mit neuen Forschungsfragen in uni- sowie multizentrischen Studien.
FL09	Doktorandenbetreuung	Die Leitung der Abteilung Forschung und Entwicklung (F u E) betreut Doktoranden.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	In Kooperation mit dem Tochterunternehmen APS (als theoretischer Ausbilder) bilden wir sowohl die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger als auch Pflegefachleute und Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger aus.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 45

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	326
Ambulante Fallzahl	1253
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,35
Stationäre Versorgung	2,52

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,34
Stationäre Versorgung	1,38
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,00

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,05

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	2,12

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 40,00

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,73
Stationäre Versorgung	2,26

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	2,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	1,80

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,00

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	2,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,10
Stationäre Versorgung	2,28

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger (SP08)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut (SP13)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	2,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,73
Stationäre Versorgung	2,26
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. Iris Beck
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Zentrales Qualitätsmanagement
Telefon	05132 90 2619
Fax	05132 90 2266
E-Mail	iris.beck@wahrendorff.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung/Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Holger Stürmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Telefon	05132 90 2201
Fax	05132 90 2266
E-Mail	holger.stuermann@wahrendorff.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung/Ärztlicher Direktor/Pflegedirektorin
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM06	Sturzprophylaxe	Standard Sturzprophylaxe 2017-04-20
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Fallbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Falls Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Fehler im Betrieb bzw. für die Patientensicherheit relevante Sachverhalte aufmerksam machen möchten, so können sie: 1. anonym einen Brief an die Geschäftsführung schreiben oder 2. eine e-mail aus einem nicht erkennbaren Absenderpostfach außerhalb des Klinikum Warendorf an das Sekretariat der Geschäftsführung schreiben. Den eingegangenen Hinweisen wird nachgegangen.

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Extern sichergestellt, steht zur Beratung zur Verfügung.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	Die hygienebeauftragten Ärzte sind für die Beachtung und Einhaltung der externen und internen Hygieneregeln zuständig.
Hygienefachkräfte (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Hygieneansprechpartner ist für die Umsetzung der standardisierten Hygienepläne verantwortlich.
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. Marc Ziegenbein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Telefon	05132 90 2288
Fax	05132 90 2208
E-Mail	marc.ziegenbein@warendorf.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor? trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	Unsere Hygieneansprechpartner werden im monatlichen Treffen geschult und sind als Multiplikatoren tätig.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter ist "Beschwerdemanagerin", "Beschwerdemanager". Hat eine Patientin/ein Patient Anlass zur Beschwerde, nimmt das Teammitglied den Hinweis entgegen und führt eine Klärung herbei. Verantwortliche werden über jede Beschwerde informiert.
---	--	--

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter ist "Beschwerdemanagerin", "Beschwerdemanager". Hat eine Patientin/ein Patient Anlass zur Beschwerde, nimmt das Teammitglied den Hinweis entgegen und führt eine Klärung herbei. Verantwortliche werden über jede Beschwerde informiert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter ist "Beschwerdemanagerin", "Beschwerdemanager". Hat eine Patientin/ein Patient Anlass zur Beschwerde, nimmt das Teammitglied den Hinweis entgegen und führt eine Klärung herbei. Verantwortliche werden über jede Beschwerde informiert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Schriftliche Beschwerden werden direkt an die Geschäftsführung weitergeleitet.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt unverzüglich, spätestens am folgenden Werktag.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Leitung Qualitätsmanagement Dr. Iris Beck Tel. 05132 902619 iris.beck@wahrendorff.de Katarzyna Namendorf Tel. 05132 90 2400 katarzyna.namendorf@wahrendorff.de
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Hr. Uwe Algner Tel. 017164 13 839
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Leitung Qualitätsmanagement Dr. Iris Beck Tel. 05132 902619 iris.beck@wahrendorff.de Katarzyna Namendorf Tel. 05132 90 2400 katarzyna.namendorf@wahrendorff.de https://www.wahrendorff.de/unser-unternehmen/info-service/kontakt-rechtshinweise/kontakt/
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Iris Beck	Leitung Zentrales Qualitätsmanagement	05132 90 2619	05132 90 2266	iris.beck@wahrendorff.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Uwe Algner	Patientenfürsprecher	0171 6413 839		u.algner@wahrendorff.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr. Jann H. Ewald
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter des Zentrums für klinische Pharmazie antares-apotheke Niedersachsen
Telefon	05084 98712 15
Fax	05084 98712 53
E-Mail	info@antares-nds.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	wird extern sichergestellt

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Verfahrensweisung: Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Deeskalationstraining
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Marc Ziegenbein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon	05132 / 90 - 1851
Fax	05132 / 90 - 1895
E-Mail	marc.ziegenbein@wahrendorff.de
Strasse / Hausnummer	Großer Knickweg 6
PLZ / Ort	31319 Sehnde
URL	http://www.wahrendorff.de

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP00	Muttersprachliche Diagnostik und Therapie bei Patienten mit türkischem und russischem Migrationshintergrund	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	326

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	3587	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	327	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-984	23	Pflegebedürftigkeit
3-820	7	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-800	6	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-200	< 4	Native Computertomographie des Schädels

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leisungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	PIA Linden		

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,35
Stationäre Versorgung	2,52
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,34
Stationäre Versorgung	1,38
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,05
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	2,12
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP24	Deeskalationstraining	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,73
Stationäre Versorgung	2,26
Fälle je VK/Person	

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

Anzahl Vollkräfte	2,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	1,80
Fälle je VK/Person	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,00
Fälle je VK/Person	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	2,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,10
Stationäre Versorgung	2,28
Fälle je VK/Person	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	1
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	1
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt