

Qualitätsbericht 2020



Vorstellung des Trägers

Die Deutsche Regional Klinik GmbH, vertreten durch Herrn André Eydt und Herrn Sigurd Gawinski, übernahm unter neuer Trägerschaft drei deutsche Krankenhäuser zum Ende des Jahres 2020 von der „Capio-Gruppe“. Alle drei Einrichtungen agieren unter dem Dach „Deutsche Regional Kliniken – mein Versorger vor Ort“.

Die Deutsche Regional Klinik GmbH betreibt selbst die Franz von Prümmer Klinik in Bad Brückenau und hält 100% der Anteile an der MVZ Bad Brückenau Bahnhofstraße GmbH, Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg GmbH und Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH.

Mit Wirksamkeit vom 01.11.2020 wurde der vollständige Geschäftsanteil, zum damaligen Zeitpunkt firmierend unter Capio Deutsche Klinik Otterndorf GmbH durch die Deutsche Regional Klinik GmbH, zum damaligen Zeitpunkt firmierend unter Franz von Prümmer Klinik GmbH übernommen.

Bei der Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH handelt es sich um die Trägerschaft des Krankenhauses Land Hadeln Otterndorf. Ursprünglich wurde das Krankenhaus im Jahr 1958 errichtet und bis 2005 vom Landkreis Cuxhaven bzw. Landkreis Hadeln betrieben. Daraufhin folgte die Trägerschaft unter Capio bis zur Übernahme durch die Deutsche Regional Klinik GmbH.

Auf Antrag der Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH wurde am 23.03.2021 durch Beschluss vom 24.03.2021 zunächst die vorläufige Eigenverwaltung angeordnet. Durch den Beschluss vom 19.05.2021 wurde sodann die vorläufige Insolvenzverwaltung angeordnet. Am 01.07.2021 wurde vom Arbeitsgericht Cuxhaven das Insolvenzverfahren eröffnet. Mit Wirksamkeit zum 01.10.2021 übernehmen der Landkreis Cuxhaven und die Samtgemeinde Land Hadeln das Krankenhaus Land Hadeln.

Als Geschäftsführer der Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH wurde Herr Manfred Junge bestellt.

Das Krankenhaus Land Hadeln in Otterndorf ist gemäß der Krankenhausplanung der Anforderungsstufe „Grundversorgung“ zugeordnet und gehört der Basisnotfallversorgungsstufe an.

Die Einrichtung in Otterndorf unterhält vier bettenführende Fachabteilungen, davon drei Hauptabteilungen und eine Belegabteilung. Die Planbetten verteilen sich auf die getrennt ausgewiesenen Fachgebiete Innere Medizin (60), Chirurgie (20), Orthopädie (13) sowie Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (1).

Editorial Geschäftsleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,

mit unserem Qualitätsbericht 2020 bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich umfassend über das Leistungs- und Servicespektrum unserer Klinik zu informieren.

Alle Krankenhäuser sind seit dem Jahre 2005 vom Gesetzgeber gem. § 137 SGB V verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Damit stehen den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie Versicherten und Patienten für vergleichbare Auswertungen und Bewertungen Daten und Fakten aller Krankenhäuser zur Verfügung.

Im hier vorliegenden Qualitätsbericht zeigen wir Ihnen mit medizinischen Struktur- und Ergebnisdaten die Leistungsfähigkeit und Patientenorientierung unseres Hauses. Der Hauptteil ist untergliedert in vier Teile: Teil A und B enthalten allgemeine und fachspezifische Struktur- und Leistungsdaten, Teil C berichtet über den Stand und die Maßnahmen der Qualitätssicherung und Teil D informiert über das individuelle Qualitätsmanagement in unserem Krankenhaus.

Über eine Rückmeldung mit Anregungen bzw. Verbesserungsvorschlägen Ihrerseits würden wir uns sehr freuen, dienen diese doch der Optimierung unserer Leistungsqualität.

Manfred Junge
Geschäftsführer
Krankenhaus Land Hadeln

Ansprechpartner

Manfred Junge
Geschäftsführer
Tel. 04751 908 150
Fax 04751 908 110
Manfred.Junge@khlh.de

Dr. med. Pio Faust
Komm. Ärztlicher Direktor
Tel. 04751 908 345
Fax 04751 908 110
Pio.Faust@khlh.de

Melanie Steffens
Qualitätsmanagement
Tel. 04751 908 550
Fax 04751 908 110
Melanie.Steffens@khlh.de

Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Hinweis:
Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Link:
www.krankenhaus-land-hadeln.de

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	13
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	16
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	16
A-9	Anzahl der Betten	16
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	17
A-11.2	Pflegepersonal	18
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	19
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	23
A-12.1	Qualitätsmanagement	23
A-12.1.1	Verantwortliche Person	23
A-12.1.2	Lenkungsgremium	23
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	23
A-12.2.1	Verantwortliche Person	23
A-12.2.2	Lenkungsgremium	23
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	24
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	25
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	26
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	26
A-12.3.1	Hygienepersonal	26
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	27
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	27
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	27
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	28
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	29
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	29

Inhaltsverzeichnis

A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	30
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	31
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	33
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	33
A-12.5.2	Verantwortliche Person	33
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	33
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	33
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	36
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	37
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	37
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	38
B-1	Innere Medizin	39
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-1.4	[unbesetzt]	39
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	40
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	41
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	41
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-1.11	Personelle Ausstattung	43
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	43
B-1.11.2	Pflegepersonal	44
B-2	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	47
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-2.4	[unbesetzt]	47
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	48
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	49
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49

Inhaltsverzeichnis

B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-2.11	Personelle Ausstattung	50
B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte	50
B-2.11.2	Pflegepersonal	51
B-3	Allgemeine Chirurgie	53
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-3.4	[unbesetzt]	53
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	54
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	55
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	56
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	57
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	57
B-3.11	Personelle Ausstattung	58
B-3.11.1	Ärztinnen und Ärzte	58
B-3.11.2	Pflegepersonal	59
B-4	Orthopädie	61
B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-4.4	[unbesetzt]	61
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	64
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	64
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-4.11	Personelle Ausstattung	65
B-4.11.1	Ärztinnen und Ärzte	65
B-4.11.2	Pflegepersonal	66
B-5	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	68
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-5.4	[unbesetzt]	68
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	69

Inhaltsverzeichnis

B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	70
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-5.11	Personelle Ausstattung	72
B-5.11.1	Ärztinnen und Ärzte	72
B-5.11.2	Pflegepersonal	72
C	Qualitätssicherung	74
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	74
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	74
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	74
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	74
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	74
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	74
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	74
C-5.2.1	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	74
C-5.2.1.a	Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen	75
C-5.2.1.b	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	75
C-5.2.1.c	Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)	75
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	75
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	76
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	76
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	76
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	77
D	Qualitätsmanagement	78
D-1	Qualitätspolitik	78
D-2	Qualitätsziele	79
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	80
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	81
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	82
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	85

Allgemeine Daten (Teil A)

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G–BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G–BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Krankenhaus Land Hadeln
Institutionskennzeichen: 260330407
Standortnummer: 771104000
Standortnummer (alt): 00
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf
Telefon: 04751 / 908 – 0
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: info@khlh.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Pio Faust
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Komm. Ärztlicher Direktor
Telefon: 04751 / 908 – 345
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Pio.Faust@khlh.de

Allgemeine Daten (Teil A)

Pflegedienstleitung

Name: Uwe Stein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 04751 / 908 – 260
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Uwe.Stein@khlh.de

Verwaltungsleitung

Name: Manfred Junge
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 04751 / 908 – 150
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Manfred.Junge@khlh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH
Art: privat
Internet: www.krankenhaus-land-hadeln.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
Universität: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

Allgemeine Daten (Teil A)

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/–beratung/–seminare
MP54	Asthmaschulung
MP04	Atemgymnastik/–therapie
MP06	Basale Stimulation
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP67	Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Allgemeine Daten (Teil A)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/spirituelle Begleitung
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Uwe Stein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 04751 / 908 – 260
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Uwe.Stein@khlh.de

Allgemeine Daten (Teil A)

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen
BF15	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF16	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

Allgemeine Daten (Teil A)

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 94

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 3.243

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

- Fallzählweise: 18.485

Allgemeine Daten (Teil A)

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	29,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	24,2
- davon ambulante Versorgungsformen	4,9
Fachärztinnen und Fachärzte	17
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	14,3
- davon ambulante Versorgungsformen	2,7
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	4,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,5
- davon ambulante Versorgungsformen	1

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹
Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	3,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,1
- davon ambulante Versorgungsformen	0,7

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	52,5	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	52,4	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1	
- davon stationäre Versorgung	52,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,2	1 Jahr
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,9	
- davon stationäre Versorgung	2,2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	9,2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,2	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	4,2	
- davon ambulante Versorgungsformen	5	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	3,5
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,6
	- davon stationäre Versorgung	2,9
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,6

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	0,5
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,5
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	29,7
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,7
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3
	- davon stationäre Versorgung	23,4
	- davon ambulante Versorgungsformen	6,3
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	2,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,8
	- davon ambulante Versorgungsformen	1

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	10,2
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
	- davon stationäre Versorgung	7,9
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,3
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	0,7
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,7
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	4,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,8

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	0,9
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,5
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,4
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,8
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Melanie Steffens
Funktion / Arbeits-
schwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
Telefon: 04751 / 908 – 406
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Melanie.Steffens@khlh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Alle Fachabteilungen sind durch einen Vertreter – Chefarzt – mit im Lenkungsgremium
Funktionsbereiche: aufgeführt
Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Melanie Steffens
Funktion / Arbeits-
schwerpunkt: Risikomanagementbeauftragte
Telefon: 04751 / 908 – 406
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Melanie.Steffens@khlh.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Alle Abteilungen/Funktionsbereiche sind durch einen Vertreter mit im Lenkungsgremium
Funktionsbereiche: aufgeführt
Tagungsfrequenz: quartalsweise

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Bit QMS Letzte Aktualisierung: 18.10.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 18.10.2020
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: jährlich

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

- Die Hygienemaßnahmen und Besucherregelungen werden regelmäßig an die gültigen Arbeitsschutzverordnungen und Coronaverordnungen angepasst.
- Neben den Auswertungen des Sturzrisikos werden anschließend auch Maßnahmen getroffen, die Stürze bzw. Verletzungen verhindern sollen. Beispiele: Stoppersocken und Protektoren
- Erneuerung des Energiemanagements (Notstromaggregat) damit bei einem Stromausfall die Patientenversorgung gewährleistet ist.

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF02	CIRS Berlin (Ärztchammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztlische Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	6

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Simone Bartosch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Hygienefachkraft
Telefon: 04751 / 908 – 109
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: Simone.Bartosch@khlh.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor: ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

Allgemeine Daten (Teil A)

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:	ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:	ja
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden	
Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:	ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:	ja

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen:	95 ml/Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen:	28 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:	ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere

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 ¹	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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS MRSA-KISS OP-KISS STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienenetzwerk Landkreis Cuxhaven	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Validation von allen RDG's und Sterilisatoren.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Bettina Hartig Sekretariat der Verwaltungsdirektion Telefon: 04751 / 908 – 101 Telefax: 04751 / 908 – 110 E-Mail: bettina.hartig@khlh.de

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Elke Markgraf-Lührs Patientenfürsprecher Telefon: 04751 / 908 – 231 Telefax: 04751 / 908 – 110 E-Mail: patientenfuersprecher-khotterndorf@outlook.com Birgit Huster Patientenfürsprecher Telefon: 04751 / 908 – 231 Telefax: 04751 / 908 – 110 E-Mail: patientenfuersprecher-khotterndorf@outlook.com
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Bettina Hartig Sekretariat der Verwaltungsdirektion Telefon: 04751 / 908 – 101 Telefax: 04751 / 908 – 110 E-Mail: bettina.hartig@khlh.de
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	

Allgemeine Daten (Teil A)

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

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Dr. rer. nat. Peter Dobberkau
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Apotheker
Telefon: 04141 / 97 – 1130
E-Mail: Peter.Dobberkau@elbekliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Anzahl der Personen

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:

Allgemeine Daten (Teil A)

- 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 bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fach-info-Service®)	
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	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)
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Allgemeine Daten (Teil A)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input type="checkbox"/>
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	———— ²
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): nein

Fachabteilungen (Teil B)

1	Innere Medizin	39
2	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	47
3	Allgemeine Chirurgie	53
4	Orthopädie	61
5	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	68

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1 Innere Medizin

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Innere Medizin
Schlüssel: Innere Medizin (0100)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Nils Krähmer
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 04751 / 908 – 216
Telefax: 04751 / 908 – 218
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.373
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	38

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	108
2	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	91
3	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	87
4	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	51
5	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	47
6	E86	Flüssigkeitsmangel	41
7	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	38
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	36
9 – 1	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	33
9 – 2	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	33

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	373
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	303
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	197
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	176
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	159
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	157
7 – 1	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	127
7 – 2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	127
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	79
10	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	74

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Innere Medizin (KV)

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Ambulanz Innere Medizin (Privat)

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Innere Medizin (vor- und nachstationär)

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	514
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	266
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	174
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	125
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	98
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	54
7	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	18
8	5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	9
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	8
10	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	6

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	8,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	7,3
- davon ambulante Versorgungsformen	1,5
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,2
- davon ambulante Versorgungsformen	0,6

¹ Anzahl der Vollkräfte

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	22	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1	
– davon stationäre Versorgung	22	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,6	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon stationäre Versorgung	1,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	3,7	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,7	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,7	
- davon ambulante Versorgungsformen	1	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie (0102)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Mirja-Katrin Modreker
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefärztin
Telefon: 04751 / 908 – 216
Telefax: 04751 / 908 – 239
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	269
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	22

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	38
2	I50	Herzschwäche	23
3	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	14
4	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	13
5	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	12
6	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	11
7	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	10
8	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	9
9	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	8
10	E86	Flüssigkeitsmangel	7

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	191
2	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	190
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	120
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	96
5	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	57
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	36
7	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	33
8	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	26
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	17
10	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	12

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	1,4
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,4
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1,4
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1,1
- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF30	Palliativmedizin
ZF35	Psychoanalyse

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	12,1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,3	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP07	Geriatrie
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3 Allgemeine Chirurgie

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Allgemeine Chirurgie
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Marcus Relitz
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 04751 / 908 – 226
Telefax: 04751 / 908 – 229
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G–BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	837
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	20

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	102
2	I83	Krampfadern der Beine	81
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	58
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	56
5	S52	Knochenbruch des Unterarmes	47
6	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	44
7	K35	Akute Blinddarmentzündung	43
8	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	37
9	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	23
10	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	15

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	144
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	122
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	106
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	96
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	76
6	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	75
7	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	60
8	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	57
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	55
10	5-931	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungs-material, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind	52

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Chirurgie (Notfall)

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Ambulanz Chirurgie (KV)

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)

Ambulanz Chirurgie (Privat)

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Chirurgie (BG / D-Arzt)

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Ambulanz Chirurgie (vor- und nachstationär)

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanz Chirurgie (Heilmittel)

Art der Ambulanz: Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

Erläuterung: In der Heilmittelambulanz wird Physikalische Therapie und Ergotherapie angeboten

Ambulanz MVZ Handchirurgie

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Erläuterung: Ambulanz MVZ speziell für Handchirurgie

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	151
2	5-841	Operation an den Bändern der Hand	146
3	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	128
4	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	94
5	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	74
6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	73
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	63
8	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	45
9	5-849	Sonstige Operation an der Hand	41
10	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	35

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,3
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,3
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,1
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,2
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,2
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,5
- davon ambulante Versorgungsformen	0,7

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	10,7	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,7	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	10,7	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,8	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	2,2	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4 Orthopädie

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Orthopädie
Schlüssel: Orthopädie (2300)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Sebastian Penner
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 04751 / 908 – 285
Telefax: 04751 / 908 – 229
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	721
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	13

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	137
2	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	121
3	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	71
4	M42	Abnutzung der Knochen und Knorpel der Wirbelsäule	70
5	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	49
6 – 1	M75	Schulterverletzung	41
6 – 2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	41
8	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	36
9	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	22
10	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	19

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	173
2	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	160
3 – 1	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	153
3 – 2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	153
5	5-83a	Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerzbehandlung mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	151
6	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	146
7	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	121
8	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	109
9	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	90
10	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	79

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Orthopädie (KV)

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)

Ambulanz Orthopädie (Privat)

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Orthopädie (vor- und nachstationär)

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	44
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	5
3	5-808	Operative Gelenkversteifung	4
4 – 1	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	< 4
4 – 2	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
4 – 3	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 4

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,9
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,4
- davon ambulante Versorgungsformen	0,7

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	7,2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,2	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	7,2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,6	1 Jahr
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,3	
- davon stationäre Versorgung	0,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,4	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,4	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,8	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Schlüssel: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)
Art: Belegabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Rickmer Andres
Funktion / Belegarzt
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 04751 / 908 – 100
Telefax: 04751 / 908 – 110
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	43
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	1

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	25
2	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	9
3 – 1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
3 – 2	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	< 4
3 – 3	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	< 4
3 – 4	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	< 4
3 – 5	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gesichtes bzw. des Halses	< 4

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	30
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	24
3	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	10
4	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	5
5 – 1	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	< 4
5 – 2	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4
5 – 3	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	< 4
5 – 4	5-065	Operative Entfernung einer nach Geburt verbliebenen Verbindung zwischen Schilddrüse und Zunge	< 4
5 – 5	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	< 4
5 – 6	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	30
2	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	22
3	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	19
4	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	16
5 – 1	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	6
5 – 2	5-184	Operative Korrektur absteigender Ohren	6
7 – 1	5-097	Lidstraffung	5
7 – 2	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	5
7 – 3	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	5
10	5-221	Operation an der Kieferhöhle	4

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

	Anzahl ¹
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1

¹ Anzahl der Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0,5	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP19	Sturzmanagement

Qualitätssicherung (Teil C)

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	126	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

Qualitätssicherung (Teil C)

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

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose ¹	Erbrachte Menge 2020	Menge Quartal 3-4 & 1-2 ²
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja	126	143

¹ Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Abs. 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

² In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

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

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

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

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Qualitätssicherung (Teil C)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	28
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	24
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	24

¹ 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)

² Anzahl der Personen

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Geriatric	Station 1 – Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	Station 1 – Geriatric	Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

Qualitätssicherung (Teil C)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungsgrad ¹
Geriatric	Station 1 – Geriatric	Tag	100 %
Geriatric	Station 1 – Geriatric	Nacht	100 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

Qualitätsmanagement (Teil D)

D-1 Qualitätspolitik

Die qualitativ hochwertige Versorgung aller Patienten in Diagnostik und Therapie ist unser wichtigstes Anliegen. Das Sozialgesetzbuch V sieht in §137 vor, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten vereinbaren.

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden in dem Krankenhaus Land Hadeln umgesetzt:

Die Krankenhausleitung verpflichtet sich gegenüber Patienten, Vertragspartnern und Behörden alle Tätigkeiten und Dienstleistungen wie ärztliche Versorgung und Behandlung, Diagnostik, Pflege und Therapien sowie die allgemeine und individuelle Patientenbetreuung in allen Phasen der Leistungserbringung in höchstmöglicher Qualität und nach den gesetzlichen Vorschriften durchzuführen.

Zu den Aufgaben aller Bereiche gehört die Förderung des Qualitätsbewusstseins im Dienste der Patienten. Die Führungskräfte sind verpflichtet, dieses Qualitätsbewusstsein zu steigern.

Qualitätsverbesserungen bezüglich aller Tätigkeiten müssen ein kontinuierlicher Prozess sein. Sie müssen planmäßig und systematisch begonnen und verfolgt werden. Dies gilt für alle Bereiche des Krankenhauses. Für die Erfüllung der wichtigen Aufgaben werden alle Mitarbeiter zielgerecht informiert und geschult. Die Schulung ist danach zu beurteilen, in welchem Maße sie den Patienten, dem Qualitätsfortschritt der Abläufe und dem Qualitätsbewusstsein dient.

Die Krankenhausleitung stellt alle notwendigen materiellen Voraussetzungen hierfür zur Verfügung. Die Führungskräfte sorgen dafür, dass diese Qualitätspolitik allen Mitarbeitern der Klinik bekannt gemacht wird.

Qualitätsmanagement (Teil D)

D-2 Qualitätsziele

„Wir werden immer besser“

1. Wir leben Menschlichkeit
2. Das Wohl unserer Patienten ist höchstes Gebot
3. Unsere Mitarbeiter sind unser wichtigstes Gut
4. Wir verbessern unsere interne Organisation
5. Offen und kreativ entwickeln wir uns weiter
6. Wir arbeiten fair mit unseren Partnern zusammen
7. Gesellschaftliche Verantwortung, Arbeitssicherheit und Umweltschutz sind für uns selbstverständlich
8. Wir arbeiten wirtschaftlich und Wert erhaltend

„Gemeinsam gestalten wir die Zukunft unseres Krankenhauses.“

Selbstverständnis des Krankenhaus Land Hadeln:

Patientenorientierung

Die Patienten sollen ihre Behandlung, einschließlich vor- und nachstationärer Betreuung, möglichst angenehm empfinden. Dazu leisten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Beitrag, wobei sich die Freundlichkeit eher am Hotelstandard als am gewohnten Krankenhausstandard orientiert. Wichtig ist eine umfassende und eingehende Beratung unserer Patienten zu ihren gesundheitlichen Problemen. Deswegen nehmen wir uns viel Zeit für das persönliche Gespräch.

Mitarbeiterfreundlichkeit

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen ihrer Arbeit zufrieden und motiviert nachgehen und sich mit ihr identifizieren. Mit sachbezogener Teamarbeit überwinden wir berufsständische Schranken. Hierbei organisieren wir patientenorientierte Arbeitsabläufe und legen großen Wert auf mitarbeiterfreundliches Verhalten. Die Schulung und Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genießt dabei einen hohen Stellenwert. Der Umgang miteinander hat die Würde jedes Einzelnen zu respektieren.

Gute Medizin

Die Patienten sollen nach dem jeweils neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt und versorgt werden. Hierzu kommen klinikeigene Dokumentationen und das Qualitätsmanagement zum Einsatz.

Bezahlbare Leistungen

Eine objektiv orientierte Medizin muss für alle Bürger zugänglich sein. Ein wirtschaftlicher Umgang mit den von der Gesellschaft erzielten Mitteln stellt dies sicher. Interne Budgetierung, Kostenmanagement und kurze

Qualitätsmanagement (Teil D)

Entscheidungswege sind dabei die wichtigsten Instrumente und die Voraussetzungen dafür, dass Patienten aller Kassen in unseren Einrichtungen gleichermaßen willkommen sind.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) V § 137 hat sich das Krankenhaus Land Hadeln im Jahr 2003 entschieden, ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 einzuführen. In einer Kick-Off Veranstaltung im Mai 2003 wurde dieses Projekt allen Mitarbeitern des Hauses vorgestellt.

Die Krankenhausleitung hat die Kommunikation zur Einführung, Umsetzung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems durch die Einrichtung eines Qualitätsmoderatorenzirkels sichergestellt. Der Zirkel setzt sich aus Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen verschiedener Funktionsbereiche zusammen und trifft sich regelmäßig.

Der Träger des Krankenhauses, die Deutsche Klinik Otterndorf GmbH, führte im Jahr 2005 ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 ein. Die erste offizielle Zertifizierung erfolgte Ende Februar 2005 und wurde am 30.11.2006 durch ein erfolgreich abgeschlossenes Wiederholungsaudit bestätigt. Durch ein Zertifizierungsaudit Ende September 2008 wurde der Nachweis erbracht, dass das Qualitätsmanagement die Anforderungen des oben genannten Standards erfüllt.

Ein weiteres Zertifizierungsaudit Ende 2010 bestätigte wieder, dass das Qualitätsmanagement die Anforderungen des Systems vollständig erfüllt. Das Krankenhaus Land Hadeln erlangte somit die Zertifizierung nach der Norm DIN EN ISO 9001:2008. Diese Zertifizierung wurde in den darauf folgenden Jahren jeweils durch ein erfolgreich abgeschlossenes Überwachungsaudit bestätigt und konnte im Juli 2014 ebenfalls die genannten Standards erfüllen.

Im Juni 2017 erfüllte das Krankenhaus Land Hadeln die Anforderungen im Qualitätsmanagement und erlangte die Rezertifizierung nach der neuen Norm DIN EN ISO 9001:2015. Diese Zertifizierung wurde in den Jahren 2018 und 2019 durch ein erfolgreich abgeschlossenes Überwachungsaudit bestätigt. Im Jahr 2020 erlangte das Krankenhaus Land Hadeln durch ein Rezertifizierungsaudit die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015.

Qualitätsmanagement (Teil D)

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementhandbuch mit Darstellung der Prozesse und ihres Ablaufs sowie Standards mit Arbeitsanweisungen fasst alle Instrumente unseres Qualitätsmanagements zusammen und wird regelmäßig aktualisiert.

Beschwerdemanagement

Das Krankenhaus Land Hadeln hat ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingerichtet, welches sicherstellt, dass Reklamationen umgehend bearbeitet und entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Der Prozess des Beschwerdemanagements ist ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. Die daraus resultierenden Erkenntnisse geben uns die Möglichkeit, unsere Leistungen im Interesse der Patienten zu sichern und kontinuierlich zu verbessern.

Reklamationen können telefonisch, schriftlich oder mündlich an alle Mitarbeiter des Krankenhaus Land Hadeln weitergegeben werden. Die Inhalte werden in einem „Beschwerdeprotokoll“ aufgenommen und an die Klinikleitung übergeben. Alle Beschwerden werden systematisch durch die Klinikleitung ausgewertet. Diese leitet zeitnah und in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen eine Fehlerursachenanalyse ein und organisiert die erforderlichen Korrekturmaßnahmen.

Patientenbefragung

Die kontinuierliche Ermittlung der Patientenmeinung ist ein wichtiger Bestandteil innerhalb der Qualitätssicherung des Krankenhaus Land Hadeln. Die Befragung der Patienten ermöglicht uns einen Einblick in die Wahrnehmung der Qualität unserer Leistungen. Sie zeigt uns Stärken und bietet die Möglichkeit zum Erkennen von Verbesserungspotenzialen.

Jeder Patient wird in einem strukturierten Verfahren nach seiner Zufriedenheit und Meinung bezüglich der in unserer Klinik erbrachten Leistungen befragt. Zusätzlich bietet der Fragebogen die Möglichkeit, eigene Anregungen und Vorschläge zu formulieren.

Die Fragebögen werden durch das Qualitätsmanagement statistisch ausgewertet, die Ergebnisse an die Klinikleitung übergeben und in den regelmäßig stattfindenden Leitungsbesprechungen diskutiert.

Einweiserbefragung

Um die qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten, pflegen wir eine enge und kollegiale Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten.

Neben persönlichen Kontakten führt das Krankenhaus Land Hadeln in regelmäßigen Abständen systematische Befragungen der einweisenden Ärzte durch. Ziel dieser Befragungen ist die Überprüfung der Qualität des Einweisungs- und Entlassungsprozesses sowie bestehender Kommunikationsstrukturen. Die Ergebnisse liefern uns Klarheit über aktuelle und künftige Erwartungen der Einweiser, sie schaffen Transparenz und bilden die Grundlage für einen intensiven Dialog zur Optimierung der Zusammenarbeit.

Interne Audits

Qualitätsmanagement (Teil D)

Regelmäßige Interne Audits sind ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems des Krankenhaus Land Hadeln. Sie dienen der qualitativen Überprüfung der Dienstleistung und der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems.

Interne Audits werden nach einem jährlich festgelegten Auditplan der Klinikleitung in allen Abteilungen durchgeführt. Die Ergebnisse liefern der Klinikleitung und allen Mitarbeitern wichtige Informationen zum aktuellen Stand und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems.

Dienstleister- und Lieferantenbewertung

Dienstleister und Lieferanten leisten einen wesentlichen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Versorgung unserer Patienten. Um sicherzustellen, dass nur zuverlässige und qualitätsfähige Lieferanten und Erbringer von Dienstleistungen eingesetzt werden, führt das Krankenhaus Land Hadeln in regelmäßigen Abständen Dienstleister – und Lieferantenbewertungen durch.

Hygienemanagement

Hygienisch einwandfreies Arbeiten ist das Anliegen aller Mitarbeiter des Krankenhaus Land Hadeln. Das Hygienemanagement der Klinik hat einheitliche Vorgaben zur Einhaltung der Hygienerichtlinien geschaffen und in einem umfassenden Hygieneplan strukturiert festgehalten. Verantwortlich für die Umsetzung der Regelungen ist der hygienebeauftragte Arzt und die klinikinterne Hygienekommission, die neben dem hygienebeauftragten Arzt, dem Verwaltungsdirektor, der Hygienefachkraft und des Sicherheitsbeauftragten der Klinik angehören. Die Hygienekommission tagt in regelmäßigen Abständen, führt protokollierte Begehungen durch und organisiert die mehrmals jährlich stattfindenden Schulungen aller Mitarbeiter.

Interne Kommunikation

Die Qualität unserer Leistungen hängt maßgeblich von der konstruktiven Kommunikation zwischen allen Abteilungen des Krankenhaus Land Hadeln ab. In Organigrammen und einer Kommunikationsmatrix sind die Kommunikationswege und Besprechungen transparent dargestellt und geregelt. Die in den Besprechungen getroffenen relevanten Ergebnisse werden in Protokollen festgehalten und den betreffenden Mitarbeitern zugänglich gemacht.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

- Weiterführung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001
- Das Verfahren der internen Audits ist mit den allgemeinen Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 konform und richtet sich nach der Norm DIN EN ISO 19011:2002. Interne Audits werden geplant, durchgeführt und ggf. entsprechende Maßnahmen abgeleitet.
- Das Verfahren der internen Audits sowie weitere im QM-Handbuch beschriebene Instrumente des Qualitäts-

Qualitätsmanagement (Teil D)

management-Controllings stellen sich als zuverlässig dar, um entsprechende Korrektur-, Vorbeuge- und Verbesserungsmaßnahmen zu planen, einzuleiten und überprüfen zu können.

- Die Klinik verfügt über verschiedene Verfahren zur ständigen Verbesserung. Zu diesen gehören u. a. regelmäßige Besprechungen, Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen, Patientenbefragungen, das Beschwerdemanagement, Fehlermeldesystem (CIRS) und die internen Audits.
- Im Rahmen des Controllings nimmt die Klinik an einem konzernweiten Benchmark teil.
- Verbesserung und Strukturierung der verschiedenen Arbeitsabläufe in allen Bereichen
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Rezertifizierung nach der DIN EN ISO 9001:2015

Die im Jahr 2004 begonnene Implementierung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2000 wurde konsequent weiterentwickelt. Das in 2005 ausgestellte Zertifikat wurde in den darauf folgenden Jahren durch Überwachungsaudits bestätigt, sodass das Krankenhaus Land Hadeln Ende 2010 die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2008 erlangt hat. Durch interne Audits konnte festgestellt werden, dass das Qualitätsmanagementsystem im gesamten Krankenhaus weiterhin gelebt, weiterentwickelt und kontinuierlich verbessert wurde. Im Juni 2017 erfüllte das Krankenhaus Land Hadeln die Anforderungen im Qualitätsmanagement und erlangte die Rezertifizierung nach der neuen Norm DIN EN ISO 9001:2015. Durch ein Überwachungsaudit im Jahr 2018 und 2019 konnte das Zertifikat bestätigt werden. Im Jahr 2020 erlangte das Krankenhaus Land Hadeln durch ein Rezertifizierungsaudit die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015.

Mit einem System der Qualitätsbeauftragten, die jede Abteilung unseres Hauses vertreten, wird in regelmäßigen Sitzungen das Qualitätsmanagementsystem ständig überprüft und weiterentwickelt. Darüber hinaus wird in verschiedenen Arbeitsgruppen des Hauses, bis hin in die Geschäftsleitung, das Qualitätsmanagementsystem angewandt.

Durch die fortlaufende Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems ist ein sehr hohes Maß an Flexibilität und Engagement von allen Mitarbeitern des Krankenhaus Land Hadeln gefordert. Es ist im Hause deutlich zu spüren, dass durch klare Strukturen aus dem Qualitätsmanagementsystem heraus auch schwierige Situationen einfacher zu bewältigen sind.

- Einführung qualitätsgesicherte Hernienchirurgie

Im Jahr 2015 wurde das Erlangen des Siegels der Deutschen Herniengesellschaft "Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie" angestrebt. Den Anforderungen dieses Siegels konnte die Klinik ausreichend erfüllen und erlangte somit das Qualitätssiegel "Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie" zum 21.01.2015. Der Erhalt des Siegels wird durch regelmäßige Rezertifizierungsaudits gesichert.

- Qualitätssiegel Geriatrie Add-on

Ein Zertifizierungsaudit bestätigte wieder, dass das Managementsystem die Anforderungen vollständig erfüllt. Das

Qualitätsmanagement (Teil D)

Krankenhaus Land Hadeln erlangte damit das Qualitätssiegel Geriatrie Add-on (Ausgabe 2016). Im Jahr 2020 bestätigte das Krankenhaus Land Hadeln durch ein Rezertifizierungsaudit das Qualitätssiegel Geriatrie Add-on.

- Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Krankenhaus Land Hadeln ist seit März 2019 akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE): Medizinstudenten können ihr Praktisches Jahr (PJ) in den Bereichen Innere Medizin und Anästhesiologie absolvieren. Zudem steht die Klinik Medizinstudenten jeder Universität für eine Famulatur (4-monatiges Praktikum, das Studierende der Medizin ableisten müssen) zur Verfügung. Akademische Lehrkrankenhäuser leisten einen wichtigen Beitrag für den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Forschung, Lehre und Patientenversorgung.

- Ambulanzzentrum

Die neue zentrale Anlaufstelle für Patienten und Ärzte zeichnen kurze Wartezeiten, schnelle Wege und eine optimal auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittene Behandlung aus. Die Abläufe für alle chirurgischen Fachabteilungen hinsichtlich Aufnahme, Diagnostik und OP-Vorbereitung rund um den Patienten wurden einheitlich und effizient abgestimmt, sodass diese die Zusammenarbeit unserer Fachdisziplinen im Ambulanzzentrum optimieren. Damit dieses Konzept seine Stärken für die Patienten entfaltet, setzt die Klinik auf den interdisziplinären Austausch mit den zuweisenden Ärzten. Das Krankenhaus legt auch hier großen Wert auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit – getragen von einem fachlichen Dialog auf hohem Niveau und einem guten Miteinander auf Augenhöhe.

- Patientenakademie

Aufbau einer Patientenakademie. Auf der Patientenakademie können sich Patienten wie auch niedergelassenen Ärzte über die in unserem Hause angebotenen Leistungsspektren informieren. Aufklärung, Vorsorge und Nachsorge sowie zur Patientenakademie.

- IVENA

Das Krankenhaus Land Hadeln nutzt seit Februar 2020 das digitale Notfallmanagementsystem IVENA. Der webbasierte Interdisziplinäre Versorgungsnachweis IVENA eHealth ist eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung jederzeit in Echtzeit über die aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können. Sie erlaubt einen schnellen Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Zentralen Leitstellen für den Rettungsdienst, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten. Dabei führt IVENA auch den häufig gesetzlich vorgegebenen Bettenachweis.

Patientensicherheit:

- Hygienekonzept

Die Hygienemaßnahmen und Besucherregelungen werden regelmäßig an die gültigen Arbeitsschutzverordnungen und Coronaverordnungen angepasst.

- Patientenarmbänder

Qualitätsmanagement (Teil D)

Durch die Einführung von Patientenarmbändern konnte eine erhöhte Patientensicherheit durch zweifelsfreie Identifikation des Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen gewährleistet werden. Dies soll helfen, eine Verwechslungsgefahr auszuschließen.

Dazu wird das Patientenarmband am Handgelenk angelegt und wird während des gesamten stationären Aufenthalts oder bei ambulanten Operationen getragen. Bei Verlust bzw. Zerstörung des Bandes ist ein Nachdruck jederzeit in der Patientenaufnahme möglich. Bei Entlassung wird das Patientenarmband entfernt.

Damit können über die Patientenarmbänder die wichtigsten Patienteninformationen jederzeit abgerufen werden.

- Sturzrisiko

Neben den Auswertungen des Sturzrisikos werden anschließend Maßnahmen getroffen, die Stürze bzw. Verletzungen verhindern sollen. Dazu finden Stoppersocken und Protektoren auf allen Stationen Anwendung.

- Behandlungspfade

Durch die Erarbeitung von Behandlungspfaden für die verschiedensten Krankheitsbilder konnte neben einer optimalen Patientenbehandlung und effizienten Ablauforganisation auch das Teamwork und die Kommunikation gefördert sowie Prozesskostentransparenz geschaffen werden.

Damit können Behandlungsabläufe nach festgelegten Kriterien inkl. Qualitätsmerkmalen sichergestellt werden.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus Land Hadeln hat sich im Berichtszeitraum an Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. Qualitätsmanagement beteiligt.

Jeder Patient bekommt bei der stationären Aufnahme einen Fragebogen ausgehändigt. Dieser kann während oder am Ende des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus Land Hadeln anonymisiert ausgefüllt und in einen dafür vorgesehenen Briefkasten eingeworfen werden. Die Patientenbefragungen umfassen verschiedene Bereiche wie z. B. allgemeine Fragen zum Krankenhausaufenthalt, Fragen zur Sauberkeit und Serviceleistungen, zur Organisation und Information sowie Zuwendung und Vertrauen.

Die Fragebögen werden durch das Controlling und das Qualitätsmanagement monatlich statistisch ausgewertet, die Ergebnisse an die Klinikleitung übergeben und in den regelmäßig stattfindenden Leitungsbesprechungen diskutiert.