

Qualitätsbericht 2023



Vorstellung des Trägers

Bei der Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH handelt es sich um eine Gesellschaft der Gebietskörperschaften Landkreis Cuxhaven (74,9 %) und Samtgemeinde Land Hadeln (25,1%). Das Krankenhaus wurde im Jahr 1958 am jetzigen Standort errichtet und eröffnet. Es wurde bis zur Gebietsreform vom damaligen Landkreis Kreis Land Hadeln und seit der Gebietsreform 1977, nach dem Zusammenschluss der Landkreise Wesermünde, Land Hadeln und der Stadt Cuxhaven zu dem neuen Landkreis Cuxhaven von eben diesem Landkreis Cuxhaven als Regiebetrieb betrieben. Im Jahr 2005 erfolgte die Übertragung des Betriebes an die Deutsche Regional Klinik, wenige Jahre später übernahm die Capio-Gruppe das Haus bis zum Ende des Jahres 2020 eine Übertragung der Gesellschaftsanteile an die Deutsche Regional Klinik GmbH erfolgte. Wirtschaftlich betrieben konnte die Gesellschaft jedoch nicht.

Infolge der wirtschaftlichen Schwierigkeiten hat die Gesellschaft vom 24. März 2021 bis zum 31. Januar 2022 ein Insolvenzverfahren durchlaufen. Mit dem Ziel der Unternehmensfortführung nach Insolvenz, erfolgten Verhandlungen mit dem Landkreis Cuxhaven und der Samtgemeinde Land Hadeln zur Übernahme des Krankenhauses durch die öffentliche Hand. Der Landkreis Cuxhaven (74,9 %) und die Samtgemeinde Land Hadeln (25,1 %) sind seitdem alleinige kommunale Gesellschafter der Krankenhausgesellschaft.

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 von in der Summe 94 Betten, verteilen sich auf die getrennt ausgewiesenen Fachgebiete Innere Medizin (60), Chirurgie (20), Orthopädie (13) sowie Hals- Nasen- Ohrenheilkunde (1).

Editorial Geschäftsführung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,

mit unserem Qualitätsbericht 2023 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. Sie dienen uns zur stetigen Optimierung unserer Leistungsqualität.

Jennifer Schroth
Geschäftsführerin
Krankenhaus Land Hadeln

Ansprechpartner

Jennifer Schroth
Geschäftsführerin
Tel. 04751 908 101
Fax 04751 908 110
Jennifer.Schroth@khlh.de

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

Sabrina Oelkers
Qualitätsmanagement
Tel. 04751 908 115
Fax 04751 908 110
Sabrina.Oelkers@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	10
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	11
A-4	[unbesetzt]	11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-6	Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	15
A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	17
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	17
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen	17
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	18
A-11.2	Pflegepersonal	19
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	22
A-11.3.1	Therapeutisches Personal	22
A-11.3.2	Genesungsbegleitung	22
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	23
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-12.1	Qualitätsmanagement	27
A-12.1.1	Verantwortliche Person	27
A-12.1.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	27
A-12.2.1	Verantwortliche Person	27
A-12.2.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	28
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	29
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	30
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	30
A-12.3.1	Hygienepersonal	30
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	31
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	31
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	31

Inhaltsverzeichnis

A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	32
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	33
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	33
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	34
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person	36
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	37
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	39
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	40
A-13	Besondere apparative Ausstattung	40
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	40
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	41
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	41
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	41
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	41
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	42
B-1	Innere Medizin	43
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	43
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-1.4	[unbesetzt]	43
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-1.11	Personelle Ausstattung	47
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte	47
B-1.11.2	Pflegepersonal	48
B-2	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	51
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	51
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	51

Inhaltsverzeichnis

B-2.4	[unbesetzt]	51
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-2.11	Personelle Ausstattung	54
B-2.11.1	Ärztinnen und Ärzte	54
B-2.11.2	Pflegepersonal	55
B-3	Allgemeine Chirurgie	58
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	58
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-3.4	[unbesetzt]	59
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	62
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	62
B-3.11	Personelle Ausstattung	63
B-3.11.1	Ärztinnen und Ärzte	63
B-3.11.2	Pflegepersonal	64
B-4	Orthopädie	67
B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	67
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-4.4	[unbesetzt]	68
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-4.11	Personelle Ausstattung	72
B-4.11.1	Ärztinnen und Ärzte	72
B-4.11.2	Pflegepersonal	73
B-5	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	76
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	76

Inhaltsverzeichnis

B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	76
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-5.4	[unbesetzt]	76
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	77
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	78
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-5.11	Personelle Ausstattung	79
B-5.11.1	Ärztinnen und Ärzte	79
B-5.11.2	Pflegepersonal	79
C	Qualitätssicherung	81
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	81
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	81
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	81
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	81
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	81
C-5.1	Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr	81
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	81
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	82
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	82
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr	82
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	82
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	83
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	84
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	84
D	Qualitätsmanagement	85
D-1	Qualitätspolitik	85
D-2	Qualitätsziele	86
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	87
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	88
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	89

Inhaltsverzeichnis

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

91

Allgemeine Daten (Teil A)

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

Pflegedienstleitung

Name: Stephan Heinrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 04751 / 908 - 260
Telefax: 04751 / 908 - 110
E-Mail: Stephan.Heinrich@khlh.de

Verwaltungsleitung

Name: Jennifer Schroth
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 04751 / 908 - 101
Telefax: 04751 / 908 - 110
E-Mail: Jennifer.Schroth@khlh.de

Allgemeine Daten (Teil A)

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

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 nichtmedizinische 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 Besucher 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

Allgemeine Daten (Teil A)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Stephan Heinrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 04751 / 908 - 260
Telefax: 04751 / 908 - 110
E-Mail: Stephan.Heinrich@khlh.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF33	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
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

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
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
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

Nr. Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
------	---

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr. Ausbildung in anderen Heilberufen

HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
------	---------------------------------------

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 94

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 3.929

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 21.386

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

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	24,3
- davon ambulante Versorgungsformen	4,8
Fachärztinnen und Fachärzte	18,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	15,2
- davon ambulante Versorgungsformen	2,9
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	4,4
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,4
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,6
- davon ambulante Versorgungsformen	0,8

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹
Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	4,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,4
- davon ambulante Versorgungsformen	0,7

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	77,9	3 Jahre	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	74,1		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,8		
- davon stationäre Versorgung	68,8		
- davon ambulante Versorgungsformen	9,1		

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0,4	3 Jahre	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	0,4		
- davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1,5	2 Jahre	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	1,5		
- davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,2	1 Jahr	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	1,2		
- davon ambulante Versorgungsformen	0		

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	2,2	3 Jahre	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,2		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	1,7		
- davon ambulante Versorgungsformen	0,5		
Medizinische Fachangestellte	13,4	3 Jahre	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,4		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	4,3		
- davon ambulante Versorgungsformen	9,1		

¹ Angabe in Vollkräften

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	22,7	3 Jahre	Zentrale Notaufnahme, Zentral-OP, Anästhesie, Endoskopie
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,7		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	13,6		
- davon ambulante Versorgungsformen	9,1		

Allgemeine Daten (Teil A)

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	2,2	3 Jahre	Zentral-OP
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,2		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	1,7		
- davon ambulante Versorgungsformen	0,5		
Medizinische Fachangestellte	6,3	3 Jahre	Zentrale Notaufnahme
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3		
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
- davon stationäre Versorgung	0		
- davon ambulante Versorgungsformen	6,3		

¹ Angabe in Vollkräften

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

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Allgemeine Daten (Teil A)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	3,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,8
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
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	4,2
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,2
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3,1
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,1

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	9,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	7,3
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,5
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
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	5,1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,1
	- davon ambulante Versorgungsformen	1
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	3,9
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,9
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,7
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,2
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

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	0,7
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,6
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	0,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,8

¹ Angabe in Vollkräften

Allgemeine Daten (Teil A)

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Sabrina Oelkers
Funktion / Arbeits-
schwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
Telefon: 04751 / 908 - 115
Telefax: 04751 / 908 - 110
E-Mail: Sabrina.Oelkers@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: Sabrina Oelkers
Funktion / Arbeits-
schwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
Telefon: 04751 / 908 - 115
Telefax: 04751 / 908 - 110
E-Mail: Sabrina.Oelkers@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: 19.10.2022
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: 09.08.2023
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)

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	7

¹ Angabe in 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 Antibiotikaprohylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprohylaxe	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:	ja
Die standardisierte Antibiotikaprohylaxe 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:	65 ml/Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen:	17 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	Ines Eckhoff Sekretariat der Geschäftsführung Telefon: 04751 / 908 - 101 Telefax: 04751 / 908 - 110 E-Mail: Ines.Eckhoff@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	Reinhard Hagenah Patientenfürsprecher Telefon: 04751 / 908 - 251 Telefax: 04751 / 908 - 110 E-Mail: patientenfuersprecher@khlh.de Lothar Wichern Patientenfürsprecher Telefon: 04751 / 908 - 251 Telefax: 04751 / 908 - 110 E-Mail: patientenfuersprecher@khlh.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ines Eckhoff Sekretariat der Geschäftsführung Telefon: 04751 / 908 - 101 Telefax: 04751 / 908 - 110 E-Mail: Ines.Eckhoff@khlh.de
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	

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

Allgemeine Daten (Teil A)

Telefon: 04141 / 97 - 1130
E-Mail: Peter.Dobberkau@elbcliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Angabe in 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:

- 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, Wechsel-

Allgemeine Daten (Teil A)

wirkungen 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)	
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt 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®, Fachinfo-Service®)	

Allgemeine Daten (Teil A)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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 (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

nein

Allgemeine Daten (Teil A)

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

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

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

nein

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 Abschläge vor.

Allgemeine Daten (Teil A)

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

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:
Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

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

Fachabteilungen (Teil B)

1	Innere Medizin	43
2	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	51
3	Allgemeine Chirurgie	58
4	Orthopädie	67
5	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	76

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. Maher Madi
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Inneren Medizin
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

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.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.647
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 38

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	126
2	E86	Flüssigkeitsmangel	107
3	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	82
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	78
5	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	73
6	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	60
7 - 1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	54
7 - 2	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	54
9	J20	Akute Bronchitis	53
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	43

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	380
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	273
3	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	223

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	189
5	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	187
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	181
7	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	162
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	158
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	87
10	5-469	Sonstige Operation am Darm	80

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)

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

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	1.009
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	559
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	369
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	353
5	5-469	Sonstige Operation am Darm	322
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	203
7	1-655	Spezialfärbung der Dün- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Afters während einer Spiegelung	178
8	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	133
9	5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	59
10	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	13

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

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)	8,1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,7
- davon ambulante Versorgungsformen	1,4
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,1
- davon ambulante Versorgungsformen	0,7

¹ Angabe in Vollkräften

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	24,7	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,7	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1	
- davon stationäre Versorgung	24,7	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

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

¹ Angabe in Vollkräften

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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: Hermann Sverlik
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Geriatrie
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

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.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 286
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 22

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	62
2	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	21
3	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	17
4 - 1	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	15
4 - 2	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	15
6	I50	Herzschwäche	14
7 - 1	E86	Flüssigkeitsmangel	11
7 - 2	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	11
9 - 1	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	7
9 - 2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	7
9 - 3	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	7
9 - 4	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	7

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	163
2	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	160

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	149
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	65
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	40
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	29
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	14
8 – 1	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	11
8 – 2	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	11
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	10

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

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)	1,3
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1,3
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,3
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1,3
- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
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	10,2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,2	
- davon stationäre Versorgung	10,2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,5	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	0,6	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Fachabteilungen (Teil B)

Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 der Allgemein- und Viszeralchirurgie
Telefon: 04751 / 908 - 226
Telefax: 04751 / 908 - 209
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

Name: Ralf Merheim
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Unfallchirurgie
Telefon: 04751 / 908 - 270
Telefax: 04751 / 908 - 209
E-Mail: info@khlh.de
Straße: Große Ortstraße 85
PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

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.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.126

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 20

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	131
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	123
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	84
4	K40	Leistenbruch (Hernie)	77
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	60
6	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	58
7	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	51
8	K35	Akute Blinddarmentzündung	49
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	34
10	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	27

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	164
2	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	151
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	143
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	130
5	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	129
6	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	113
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	108
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	100
9	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	79
10	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	78

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 Allgemein- und Unfallchirurgie

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Erläuterung: Ambulanz MVZ Allgemein- und Unfallchirurgie

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	193
2	5-841	Operation an den Bändern der Hand	169
3	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	141
4	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	124
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	114
6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	112
7	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	108
8	5-849	Sonstige Operation an der Hand	50
9	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	49
10	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	36

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)	8,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	7,1
- davon ambulante Versorgungsformen	1,4
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,4
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,4
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,4
- davon ambulante Versorgungsformen	1

¹ Angabe in Vollkräften

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	13,5	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,7	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,8	
- davon stationäre Versorgung	13,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,6	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

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

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Fachabteilungen (Teil B)

Allgemeine Chirurgie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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 der Orthopädie

Telefon: 04751 / 908 - 285

Telefax: 04751 / 908 - 209

E-Mail: info@khlh.de

Straße: Große Ortstraße 85

PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

Name: Dr. med. Wiebke Broscheit
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefärztin der Wirbelsäulen Chirurgie

Telefon: 04751 / 908 - 295

Telefax: 04751 / 908 - 209

E-Mail: info@khlh.de

Straße: Große Ortstraße 85

PLZ / Ort: 21762 Otterndorf

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

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.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 833

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 13

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	154
2	M54	Rückenschmerzen	151
3	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	136
4	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	63
5	M75	Schulterverletzung	50
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	36
7	M25	Sonstige Gelenkrankheit	29
8	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	26
9	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	25
10	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	23

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	374
2	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	271
3	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	203
4	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	181
5	5-83a	Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerzbehandlung mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	169
6	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	147
7	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	118
8	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	103
9	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	86
10	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	82

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

Ambulanz MVZ Orthopädie

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Erläuterung: Ambulanz MVZ Orthopädie

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Operation am Gelenknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	72
2	5-778	Wiederherstellende Operation an den Weichteilen im Gesicht	23
3	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	18
4	5-808	Operative Gelenkversteifung	8
5	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	7
6	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	5

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7 – 1	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	4
7 – 2	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	4
9 – 1	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
9 – 2	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 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)	6,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,6
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3
- davon ambulante Versorgungsformen	0,5

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ41	Neurochirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF72	Physikalische Therapie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	6,3	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,8	
- davon stationäre Versorgung	6,3	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,4	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,4	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

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

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Fachabteilungen (Teil B)

Orthopädie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - 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

Leitende Belegärztinnen und Belegärzte

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

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.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 37
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 1

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	16
2	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	13
3	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	6
4	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gesichtes bzw. des Halses	< 4

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	27
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	19
3	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	17
4 – 1	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	4
4 – 2	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	4
4 – 3	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	4
7 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	< 4
7 – 2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
7 – 3	5-065	Operative Entfernung einer nach Geburt verbliebenen Verbindung zwischen Schilddrüse und Zunge	< 4

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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)	45
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	26
3	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	15
4	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	11
5 – 1	5-097	Lidstraffung	7
5 – 2	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	7
7	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	6
8	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	5
9	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	4
10	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 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 Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

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 Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Fachabteilungen (Teil B)

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

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

Qualitätssicherung (Teil C)

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

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen.

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 (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge	50
--------------	----

Erbrachte Menge	161
-----------------	-----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	ja
---	----

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt	ja
--	----

Erbrachte Menge 2023	161
----------------------	-----

In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	185
---	-----

Qualitätssicherung (Teil C)

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

		Anzahl ¹
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	25
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr 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 Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	Station 1	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 1	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 2	Tag	100 %	0

Qualitätssicherung (Teil C)

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad ¹	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 2	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	Station 3	Tag	100 %	0
Geriatric	Station 3	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)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungs- grad ¹
Innere Medizin	Station 1	Tag	83,56 %
Innere Medizin	Station 1	Nacht	73,15 %
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 2	Tag	73,42 %
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 2	Nacht	60 %
Innere Medizin	Station 3	Tag	99,45 %
Geriatric	Station 3	Nacht	79,45 %

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)

Qualitätssicherung (Teil C)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.

- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.

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. In den Jahren 2021 und 2022 konnte die Zertifizierung durch ein erfolgreich abgeschlossenes Überwachungsaudit bestätigt werden. Im Jahr 2023 erlangte das Krankenhaus Land Hadeln durch eine Neuzertifizierung die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001.

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:

- Neuzertifizierung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001
- Neuzertifizierung des Qualitätssiegels der Geriatrie
- 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.

Qualitätsmanagement (Teil D)

- Verbesserung und Strukturierung der verschiedenen Arbeitsabläufe in allen Bereichen
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit

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. In den Jahren 2021 und 2022 konnte die Zertifizierung durch ein erfolgreich abgeschlossenes Überwachungsaudit bestätigt werden. Im Jahr 2023 haben wir erneut erfolgreich die Neuzertifizierung nach DIN EN ISO 9001 bestanden.

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.

- Qualitätssiegel Geriatrie

Am 21.11.2023 hat das Krankenhaus Land Hadeln die Neuzertifizierung vom Bundesverband der Geriatrie erfolgreich bestanden. „Geriatrie wird hier gelebt und ist echt“ war ein Fazit, mit all den Alltagsproblemen, die gemeistert werden. Das Krankenhaus Land Hadeln ist somit 1 von 10 Einrichtungen in Niedersachsen, die das Siegel tragen dürfen.

- Workshop für Mitarbeiter

Gemeinsam haben die Mitarbeiter die verschiedenen Perspektiven unseres Arbeitsumfelds in Bezug auf unser Miteinander gestärkt. Wir haben Potentiale erkannt und Möglichkeiten erarbeitet, wie wir gemeinsam die Herausforderungen eines gutes Umgangs miteinander meistern.

- Egym Wellpass

Ab dem 01.11.2023 nehmen wir beim Firmenfitness-Programm von EGYM WELLPASS teil. Die Mitarbeiter erhalten einen Zugang zu über 7.000 Fitness -und Yogastudios, Schwimmbädern sowie Crossfit- und Boulderhallen.

Qualitätsmanagement (Teil D)

- Einspringprämie

Ab dem 01.12.2023 gibt es für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus die Einspringprämie. Die Einspringprämie wird ausgezahlt, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kurzfristig für andere Dienste einspringen.

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.