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

Augenklink Dardenne SE

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 14.11.2023 um 13:17 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: https://www.netfutura.de
promato QBM: https://qbm.promato.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses 6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung 8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit 8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 8
A-10 Gesamtfallzahlen 8
A-11 Personal des Krankenhauses 9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen 9
A-11.2 Pflegepersonal 9
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik 10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 12
A-12.1 Qualitätsmanagement 12
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 12
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 13
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 14
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit 15
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt 17
A-13 Besondere apparative Ausstattung 17
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V 17
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 17
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 17
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 17
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 19
B-[1].1 Augenklinik Dardenne SE 19
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 19
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 20
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 20
B-[1].6 Diagnosen nach ICD 20
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 21
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 22
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 23
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 23

B-[1].11 Personelle Ausstattung 24
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte 24
B-11.2 Pflegepersonal 24
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 25
Teil C - Qualitätssicherung 27
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 27
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 27
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 27
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V 27
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") 27
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V 27
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr 27
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 27

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

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

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit

Augenklink Dardenne SE Friedrich-Ebert-Str. 23-27 53177 Bonn

Einleitungstext

Bei all unserem Denken und Handeln steht immer der Patient im Mittelpunkt. Wir tun alles dafür, dass Sie die bestmögliche Behandlung erhalten und sich bei Ihrem Aufenthalt in der Augenklinik Dardenne von Anfang bis Ende wohl fühlen. Ob Sie ambulant behandelt oder in der Klinik aufgenommen werden, wir bieten immer eine optimale medizinische Versorgung und eine Betreuung mit Herz. Über 30 Jahre Erfahrung, modernste Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie ein Team von spezialisierten Ärzten, engagierten medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften bieten medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Ruth Jonen
Position	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0228 / 8303 - 141
Fax	0228 / 8303 - 129

E-Mail	jonen@dardenne.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. Thomas Haupt
Position	Kaufmännischer Leiter
Telefon.	0228 / 8303 - 115
Fax	0228 / 8303 - 129
E-Mail	haupt@dardenne.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.augenklinik-dardenne.de/

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Augenklinik Dardenne SE
Institutionskennzeichen	260531694
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772076000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Friedrich-Ebert-Str. 23-27 53177 Bonn
Postanschrift	Friedrich-Ebert-Str. 23-25 53177 Bonn
Telefon	0228 / 8303 - 120
E-Mail	info@dardenne.de
Internet	https://www.augenklinik-dardenne.de/

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Alireza Mirshahi	Ärztlicher Direktor	0228 / 8303 - 344	0228 / 8303 - 129	jonen@dardenne.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Jenny Manstein	Stationsleitung	0228 / 8303 - 251	0228 / 8303 - 129	manstein@dardenne.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Thomas Haupt	Kaufmännischer Leiter	0228 / 8303 - 115	0228 / 8303 - 129	haupt@dardenne.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Augenklinik Dardenne SE
Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Ruth Jonen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0228 / 8303 - 141
Fax	
E-Mail	jonen@dardenne.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	21

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	1053
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	5692
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	6,10	
Stationäre Versorgung	6,10	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	8,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	4,40	Alle Ärztinnen und Ärzte sind sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung beschäftigt.
Stationäre Versorgung	4,40	Alle Ärztinnen und Ärzte sind sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung beschäftigt.
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	21,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01

Ambulante Versorgung	9,00
Stationäre Versorgung	12,68

davon ohne Fachabteilungszuordnung

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

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

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

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

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

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

Diplom Psychologen

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

Klinische Neuropsychologen

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

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0

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

Kinder Jugendpsychotherapeuten

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

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

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

Ergotherapeuten

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

Physiotherapeuten

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

Sozialpädagogen

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Ruth Jonen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0228 8303 141
Fax	02298 8303 129
E-Mail	jonen@dardenne.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Station, OP und Praxen sowie die Leitung der Klinik
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Ruth Jonen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0228 8303 141
Fax	02298 8303 129
E-Mail	jonen@dardenne.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	2472 Risikomanagement in der Augenklinik Dardenne SE 2022-11-08

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	☑ Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	☑ Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Standardisierte Behandlungsabläufe, Markierung des zu operierenden Auges, Tropfpläne, regelmäßige Schulung der Mitarbeiter, strukturierte Einarbeitungspläne für neue Mitarbeiter, Checklisten

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2022-03-02

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	☑ Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	☑ Ja
Tagungsfrequenz	monatlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Externer Facharzt
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	☑ Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. med. Alireza Mirshahi
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0228 8303 344
Fax	0228 8303 129
E-Mail	jonen@dardenne.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	☒ Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	☑ 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

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	☑ ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	☑ ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	☑ ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	☑ ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	☒ nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	☑ ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	☑ 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 den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	☑ ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	☑ ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	☑ Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	24,3 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	☒ Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	☑ ja

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	quartalsweise	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	☑ ja

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	☑ ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	☑ ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	☑ ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	☑ ja
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	☑ Ja
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	☑ Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	☑ ja
Patientenbefragungen	☑ ja
Einweiserbefragungen	☑ ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Ruth Jonen	QMB	0228 8303 141	0228 8303 129	jonen@dardenne.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Jutta Jülich	49(0)151-15804891	0151 15804891		patientenfuersprecherin@dardenne.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	keine Person benannt

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	1503 Anamnesebogen 2021-12-06	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	2549 Medikation prä-und post OP 2022-09-01	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung ☑ Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	☑ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs ☑ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen ☑ Aushändigung des Medikationsplans ☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Augenklinik Dardenne SE

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Augenklinik Dardenne SE
Fachabteilungsschlüssel	2700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Alireza Mirshahi
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0228 / 8303 - 344
Fax	0228 / 8303 - 129
E-Mail	jonen@dardenne.de
Strasse / Hausnummer	Friedrich-Ebert-Str. 23-27
PLZ / Ort	53177 Bonn
URL	

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA00	Sicca-Sprechstunde	
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	

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

Vollstationäre Fallzahl	1053
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
H25	335	Cataracta senilis
H40	303	Glaukom
H26	87	Sonstige Kataraktformen
H35	60	Sonstige Affektionen der Netzhaut
H18	55	Sonstige Affektionen der Hornhaut
H27	35	Sonstige Affektionen der Linse
H02	30	Sonstige Affektionen des Augenlides
H33	30	Netzhautablösung und Netzhautriss
H11	22	Sonstige Affektionen der Konjunktiva
H43	15	Affektionen des Glaskörpers
H47	14	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn
H59	13	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
C44	8	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
H16	8	Keratitis
D31	7	Gutartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
H17	4	Hornhautnarben und -trübungen
H44	4	Affektionen des Augapfels
H52	4	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H21	< 4	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers
H34	< 4	Netzhautgefäßverschluss
H53	< 4	Sehstörungen

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
H54	< 4	Blindheit und Sehbeeinträchtigung
B02	< 4	Zoster [Herpes zoster]
E11	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2
H05	< 4	Affektionen der Orbita
H31	< 4	Sonstige Affektionen der Aderhaut
H57	< 4	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
Q12	< 4	Angeborene Fehlbildungen der Linse
Q13	< 4	Angeborene Fehlbildungen des vorderen Augenabschnittes
S05	< 4	Verletzung des Auges und der Orbita

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-144	455	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
1-220	441	Messung des Augeninnendruckes
5-158	274	Pars-plana-Vitrektomie
3-300	232	Optische Kohärenztomographie [OCT]
8-020	230	Therapeutische Injektion
5-159	141	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum
5-139	135	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare
5-154	105	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
5-133	85	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
5-131	64	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen
5-142	45	Kapsulotomie der Linse
5-115	39	Naht der Konjunktiva
5-125	32	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik
5-155	30	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
5-129	29	Andere Operationen an der Kornea
5-156	27	Andere Operationen an der Retina
5-146	26	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse
5-132	24	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare
5-122	23	Operationen bei Pterygium
5-097	21	Blepharoplastik
5-124	20	Naht der Kornea
5-093	18	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
5-094	18	Korrekturoperation bei Blepharoptosis
5-123	18	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea
5-160	16	Orbitotomie
5-147	14	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse
5-096	13	Andere Rekonstruktion der Augenlider
5-126	13	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea
5-984	13	Mikrochirurgische Technik
5-137	12	Andere Operationen an der Iris
5-985	9	Lasertechnik
5-091	8	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
5-983	6	Reoperation
5-112	4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva
5-145	4	Andere Linsenextraktionen
5-166	4	Revision und Rekonstruktion von Orbita und Augapfel
8-919	< 4	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-098	< 4	Vertikale Lidverlängerung
5-113	< 4	Konjunktivaplastik
5-134	< 4	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen
5-136	< 4	Andere Iridektomie und Iridotomie
5-157	< 4	Andere Operationen an der Choroidea

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-413	< 4	Biopsie ohne Inzision an Konjunktiva und Kornea
1-999	< 4	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen
5-080	< 4	Inzision der Tränendrüse
5-086	< 4	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes
5-119	< 4	Andere Operationen an der Konjunktiva
5-143	< 4	Intrakapsuläre Extraktion der Linse
5-149	< 4	Andere Operationen an der Linse
5-150	< 4	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt
5-152	< 4	Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen
5-162	< 4	Entfernung des Augeninhaltes [Eviszeration]
5-163	< 4	Entfernung des Augapfels [Enukleation]
9-984	< 4	Pflegebedürftigkeit

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V		◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (VA10) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08) ◦ Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11) ◦ Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02) ◦ Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			(VA01) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05) ◦ Anpassung von Sehhilfen (VA13)	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-144	4364	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
5-142	712	Kapsulotomie der Linse
5-091	206	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
5-155	169	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
5-133	158	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
5-154	84	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
5-093	10	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
5-139	5	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare
5-095	< 4	Naht des Augenlides
5-092	< 4	Operationen an Kanthus und Epikanthus
5-096	< 4	Andere Rekonstruktion der Augenlider

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	12,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	6,10
Stationäre Versorgung	6,10
Fälle je VK/Person	172,62295

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	8,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,40
Stationäre Versorgung	4,40
Fälle je VK/Person	239,31818
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ04	Augenheilkunde	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	21,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01
Ambulante Versorgung	9,00
Stationäre Versorgung	12,68
Fälle je VK/Person	83,04416

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

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

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	12
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	6
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	6

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt