

# **Strukturierter Qualitätsbericht**

**gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V**

**für das**

**Berichtsjahr 2022**

**Katharinen Hospiz am Park**

# Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>6</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	10
A-9	Anzahl der Betten.....	10
A-10	Gesamtfallzahlen.....	10
A-11	Personal des Krankenhauses.....	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	22
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	22
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen</b> .....	<b>24</b>
B-1	Palliativmedizin .....	24
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>29</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	29
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	29
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	29
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	29
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	29
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	29

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	29
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	29
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	30
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	30
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .....	30
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	31
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>32</b>
D-1	Qualitätspolitik.....	32
D-2	Qualitätsziele .....	32
D-3	Aufbau des einrichtungswisernen Qualitätsmanagements .....	32
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	32
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	32
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	32

## - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Schwedhelm Thomas
<b>Telefon</b>	0461/816-2270
<b>Fax</b>	0461/816-2012
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:thomas.schwedhelm@malteser.org">thomas.schwedhelm@malteser.org</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Thomas Schwedhelm
<b>Telefon</b>	0461/816-2270
<b>Fax</b>	0461/816-2012
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:thomas.schwedhelm@malteser.org">thomas.schwedhelm@malteser.org</a>

#### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.katharinen-hospiz.de>

Link zu weiterführenden Informationen:



## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### 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.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Katharinen Hospiz am Park
Hausanschrift	Mühlenstraße 1 24937 Flensburg
Zentrales Telefon	0461/50323-0
Fax	0461/50323-23
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info@katharinen-hospiz.de">info@katharinen-hospiz.de</a>
Postanschrift	Mühlenstraße 1 24937 Flensburg
Institutionskennzeichen	510106392
Standortnummer aus dem Standortregister	772898000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.katharinen-hospiz.de">http://www.katharinen-hospiz.de</a>

## Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Dr. Hermann Ewald
Telefon	0461/50323-12
Fax	0461/50323-23
E-Mail	<a href="mailto:hermann.ewald@katharinen.hospiz.de">hermann.ewald@katharinen.hospiz.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Geschäftsführerin/Hospizleiterin
Titel, Vorname, Name	Claudia Toporski
Telefon	0461/50323-13
Fax	0461/50323-23
E-Mail	<a href="mailto:claudia.toporski@katharinen.hospiz.de">claudia.toporski@katharinen.hospiz.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Schwedhelm
Telefon	0461/816-2220
Fax	0461/816-2012
E-Mail	<a href="mailto:thomas.schwedhelm@katharinen.hospiz.de">thomas.schwedhelm@katharinen.hospiz.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Katharinen Hospiz am Park gGmbH
Art	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die Palliativmedizin stellt die einzige Fachabteilung des Krankenhauses dar.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Diverse Beratungsangebote, insbesondere Seelsorge.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Palliativpflege
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP06	Basale Stimulation	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		Kosten pro Tag: 0,00 €
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM42	Seelsorge		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		
NM68	Abschiedsraum		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Claudia Toporski
<b>Telefon</b>	0461/50323-0
<b>Fax</b>	0461/50323-23
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:claudia.toporski@katharinen-hospiz.de">claudia.toporski@katharinen-hospiz.de</a>

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF24	Diätische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu.

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	6

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	126
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

##### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnisse	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 18,8

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	9,8	

Beschäftigungsverhältnisse	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,8	
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältni s	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	Externes Beschäftigungsverhältnis
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältni s	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0,1	Externes Beschäftigungsverhältnis

## SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,38

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,38	
Nicht Direkt	0	

### A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

#### A-12.1 Qualitätsmanagement

##### A-12.1.1 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Schwedhelm
Telefon	0461/816-2270
Fax	0461/816-2012
E-Mail	<a href="mailto:thomas.schwedhelm@katharinen-hospiz.de">thomas.schwedhelm@katharinen-hospiz.de</a>

##### A-12.1.2 Lenkungsgremium

#### Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztliche und hospizliche Leitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Angaben zur Person

Angaben zur Person	Keine Person benannt
--------------------	----------------------

### A-12.2.2 Lenkungsremium

#### Lenkungsremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
-----------------------------------	--

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztliche und hospizliche Leitung
--	-----------------------------------

Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
------------------------------	------------

### 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: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 13.04.2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch Datum: 13.04.2016

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Internes Fehlermeldesystem	Nein
----------------------------	------

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"

#### A-12.2.3.2 *Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen*

##### Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein
----------------------------------	------

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Die Person ist bei den Trägerkrankenhäusern beschäftigt.
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

##### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Nein
--------------------------------	------

#### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

##### A-12.3.2.1 *Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen*

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

##### A-12.3.2.2 *Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie*

##### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor	Nein
-------------------------	------

##### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt
------------------------	---

#### A-12.3.2.3 *Umgang mit Wunden*

## Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Nein
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch</b>	
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	28,00 ml/Patiententag
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	Teilweise

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

<b>MRSA</b>	
<b>Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke</b>	Nein
<b>Informationsmanagement für MRSA liegt vor</b>	Nein

<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening</b>	
<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b>	Nein

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

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

**A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

<b>Lob- und Beschwerdemanagement</b>		<b>Kommentar / Erläuterungen</b>
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Nein	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Nein	
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 Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Nein	

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

### Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt	Nein
--------------	------

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Nein
---------	------

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Claudia Toporski
Telefon	0461/50323-13
Fax	0461/50323-23
E-Mail	<a href="mailto:claudia.toporski@katharinen-hospiz.de">claudia.toporski@katharinen-hospiz.de</a>

#### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	
------------------	--

Kommentar	
-----------	--

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

### Erläuterungen

Das pharmazeutische Personal stammt vom externen Malteser Krankenhaus St. Franzisku-Hospital

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

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

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen 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
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- 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.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Nein

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit

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

### Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein
--	------

#### A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

#### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

##### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
--------------------------	--

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein
--	------

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
--	------

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein
---	------



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-1 Palliativmedizin

#### B-1.1 Allgemeine Angaben Palliativmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Palliativmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3752
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Dr. Hermann Ewald
Telefon	0461/50323-12
Fax	0461/50323-23
E-Mail	<a href="mailto:hermann.ewald@katharinen-hospiz.de">hermann.ewald@katharinen-hospiz.de</a>
Straße/Nr	Mühlenstr. 1
PLZ/Ort	24937 Flensburg
Homepage	

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Palliativmedizin

Trifft nicht zu.

#### B-1.5 Fallzahlen Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	126
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	22	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	C25	12	Bösartige Neubildung des Pankreas
3	J44	9	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
4	C50	8	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	C18	7	Bösartige Neubildung des Kolons
6	C61	6	Bösartige Neubildung der Prostata
7	C16	5	Bösartige Neubildung des Magens
8	C56	5	Bösartige Neubildung des Ovars
9	C15	4	Bösartige Neubildung des Ösophagus
10	C20	4	Bösartige Neubildung des Rektums

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	4	

Beschäftigungsverhältni s	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 126

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältni s	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 126

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen*

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen*

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,8

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	9,8	

Beschäftigungsverhältnisse	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 14

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnisse	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse*

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation*

**B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## **C Qualitätssicherung**

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

#### **C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate**

Im Krankenhaus werden keine Leistungen der externen Qualitätssicherung erbracht.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

#### **C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

##### **C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus**

**C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bedürfen oder für die eine Bewertung durch das Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt**

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Über § 137 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.

### **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

### **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

#### **C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr**

#### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

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

Trifft nicht zu.

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

Es liegen keine entsprechenden Regelungen zur Fortbildung nach § 137 SGB V vor.

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	0
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

**C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	Palliativstation	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	Palliativstation	Nachtschicht	100,00%	0

**C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Innere Medizin	Palliativstation	Tagschicht	100,00%
Innere Medizin	Palliativstation	Nachtschicht	99,18%

**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 Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

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

#### **Arzneimittel für neuartige Therapien**

**Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?**

Nein

**D Qualitätsmanagement**

**D-1 Qualitätspolitik**

**D-2 Qualitätsziele**

**D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

**D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

**D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

**D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**