

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

## **Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf**

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	6
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	7
A-10 Gesamtfallzahlen	7
A-11 Personal des Krankenhauses	7
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	7
A-11.2 Pflegepersonal	8
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	8
A-12.1 Qualitätsmanagement	8
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	9
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	10
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	12
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	13
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	15
A-13 Besondere apparative Ausstattung	15
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	15
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	15
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	15
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	15
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	16
B-[1].1 Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf	16
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	16
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	16
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	17
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	17
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	17
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	17
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	17
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	18
B-[1].11 Personelle Ausstattung	18

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	18
B-11.2 Pflegepersonal	18
Teil C - Qualitätssicherung	19
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	19
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	19
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	19
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	19
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	19
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	19
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	20
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	20

## 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.

### Einleitungstext

Das 1925 gegründete Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift ist auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet. Seit März 2011 gehört es mit zur ANSGAR GRUPPE, zu der sich drei katholische Krankenhäuser (Marienkrankenhaus Hamburg, das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und das Marien-Krankenhaus Lübeck) zu einem Katholischen Krankenhausverbund zusammengeschlossen haben. Gesellschafter sind der Erzbischöfliche Stuhl zu Hamburg und der Katholische Schulverband Hamburg. Geleitet wird die ANSGAR GRUPPE von den drei kaufmännischen Geschäftsführern der Mitgliedskrankenhäuser.

Stationär und ambulant werden in unserer kinderneurologischen (neuropädiatrischen) Abteilung pro Jahr weit mehr als 1.000 Kinder und Jugendliche mit Erkrankungen des Nervensystems behandelt. In unsere Kinderneurologische und Anfallsambulanz, aber auch in unsere Tagesklinik und Stationen werden Kinder und Jugendliche mit allen neuropädiatrischen Fragestellungen wie Epilepsien, Krampfanfällen, Entzündungen des Nervensystems, aber auch Gehirnerschütterungen, Kopfschmerzen, Bewegungsstörungen oder Entwicklungsverzögerungen überwiesen. Unser Schwerpunkt liegt auf der hochspezialisierten Epilepsie-Diagnostik und Behandlung an unserem seit 2018 zertifizierten **Kinderepilepsie-Zentrum Hamburg** mit insgesamt vier Behandlungsplätzen für Epilepsie-Intensiv-Monitoring an Kindern in Alsterdorf.

Dieser Qualitätsbericht, den wir gemäß § 137 SGB V veröffentlichen, ist ein medizinischer Jahresbericht und enthält keine betriebswirtschaftlichen Daten. Er ermöglicht den Patienten, ihren Eltern und der interessierten Öffentlichkeit Zugang zum Leistungsspektrum und zur Qualitätspolitik unseres Hauses. Weiterhin dient der Bericht den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen zur vergleichenden Auswertung. Auch können unsere Mitarbeiter, die die hier vorgestellten Leistungen unseres Hauses durch ihren engagierten Einsatz ermöglichen, eine Rückmeldung über die gesamten Leistungen des Kinderkrankenhauses erhalten.

Das Berichtsjahr ist das Jahr 2022.

Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage: <https://www.kkh-wilhelmstift.de/>

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Hr. David-Studt, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

<b>Name</b>	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH
Institutionskennzeichen	260200319
Hausanschrift	Liliencronstraße 130 22149 Hamburg
Postfach	731040 22130 Hamburg
Telefon	040 / 67377 - 0
E-Mail	info@kkh-wilhelmstift.de
Internet	http://www.kkh-wilhelmstift.de

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. Peter Höger	Ärztlicher Direktor	040 / 67377 - 202		paediatric@kkh-wilhelmstift.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Herr Markus Balters	Personal- u. Pflegemanagement	040 / 67377 - 102		m.balters@kkh-wilhelmstift.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Herr Thomas Farthmann	Kaufmännische Leitung	040 / 67377 - 412		t.farthmann@kkh-wilhelmstift.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

<b>Name</b>	Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf
Institutionskennzeichen	260200319
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771672000
alte Standortnummer	xx
Hausanschrift	Elisabeth-Flügge-Straße 1 22337 Hamburg
Postanschrift	Elisabeth-Flügge-Straße 1 22337 Hamburg
Internet	http://kkh-wilhelmstift.de

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Burkhard Püst	Chefarzt Neuropädiatrie	040 / 67377 - 282		neuropaediatric@kkh-wilhelmstift.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Markus Balters	Pflege-und Personalmanagement	040 / 67377 - 102		m.balters@kkh-wilhelmstift.de

### Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Thomas Farthmann	Kaufmännische Leitung	040 / 67377 - 412		t.farthmann@kkh-wilhelmstift.de

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Katholische Kinderkrankenhaus gGmbH
Art	freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Universität Hamburg</li> <li>◦ Universität Lübeck</li> </ul>

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP63	Sozialdienst	

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

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM68	Abschiedsraum		

### A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

#### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Silke Gassner
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Psychosozialer Dienst
Telefon	040 / 67377 - 245
Fax	
E-Mail	info@kkh-wilhelmstift.de

## A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	nicht im Medizinischen Versorgungszentrum und der Kinder- und Jugendpsychiatrie
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	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Kapelle

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 3

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	124
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
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)

<b>Anzahl Vollkräfte (gesamt)</b>	<b>1</b>
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1

**davon Fachärzte und Fachärztinnen**

<b>Anzahl Vollkräfte (gesamt)</b>	<b>1</b>	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

**Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)**

Anzahl Personen 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

<b>Anzahl Vollkräfte (gesamt)</b>	<b>0,80</b>
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,80

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

**A-12.1 Qualitätsmanagement**

**A-12.1.1 Verantwortliche Person**

<b>Name</b>	<b>Heike Brost</b>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stv. Pflegedienstleitung, QM- Steuerungsgruppe
Telefon	040 67377 298
Fax	
E-Mail	h.brost@kkh-wilhelmstift.de

**A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	externe Berater, Direktorium, internes QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich



## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

<b>Name</b>	<b>Heike Brost</b>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stv. Pflegedienstleitung, QM- Steuerungsgruppe
Telefon	040 67377 298
Fax	
E-Mail	h.brost@kkh-wilhelmstift.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM04	Klinisches Notfallmanagement	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM05	Schmerzmanagement	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM06	Sturzprophylaxe	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	umfassendes QM- Handbuch 2021-02-01

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	halbjährlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	neue Maßnahmen zur Patientenidentifikation wurden geschaffen

### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2020-01-25
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem  Nein

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	externes Institut
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	für den Bereich Pädiatrie
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege		
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

### Vorsitzender der Hygienekommission

<b>Name</b>	<b>Prof. Dr. Peter Höger</b>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Pädiatrie, Ärztlicher Direktor
Telefon	040 67377 202
Fax	
E-Mail	paediatrie@kkh-wilhelmstift.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

- Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Nein
- Ist eine Intensivstation vorhanden?  Nein

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

- Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ([www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html))  ja
- Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen 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 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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	bei Bedarf	

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

- Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  ja
- Alle Patienteneltern erhalten bei Aufnahme einen entsprechenden Flyer, den sie entsprechend ausfüllen können. Dort ist der Beschwerdeweg beschrieben.
- Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)  ja
- Auf dem Flyer/ der Karte sind die Verfahren zum Beschwerdeweg erläutert.
- Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden  ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Frau Neumann
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Werden über die interne Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement geplant und durchgeführt
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Werden über die interne Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement geplant und durchgeführt.

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Sabine Neumann	Beschwerdebeauftragte, Sekretariat der Geschäftsführung	040 67377 243		s.neumann@kkh-wilhelmstift.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? ja – Arzneimittelkommission

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit keine Person benannt

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	3
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.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> 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 Interventionen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?  Ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?  Ja

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)		Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)		Ja	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)		Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP		Ja	

## 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.  ja  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 Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf

<b>Name der Organisationseinheit / Fachabteilung</b>	<b>Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf</b>
Fachabteilungsschlüssel	1028
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

<b>Name</b>	<b>Dr. Burkhard Püst</b>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neuropädiatrie
Telefon	040 / 67377 - 282
Fax	
E-Mail	neuropaediatrie@kkh-wilhelmstift.de
Strasse / Hausnummer	Liliencronstraße 130
PLZ / Ort	22149 Hamburg
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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN00	Neuropädiatrie	Entwicklungsstörungen, "Komplexbehandlung schwerer Epilepsien und deren Erfassung i. R. der Kooperation mit dem Epilepsiezentrum Hamburg am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (vgl. auch A-8). Abklärung von Behinderungs- und Entwicklungsstörungen bei Kindern
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	VNS



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN22	Schlafmedizin	

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

Vollstationäre Fallzahl	124
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G40	95	Epilepsie
R94	12	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen
G47	5	Schlafstörungen
Z03	5	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
R55	< 4	Synkope und Kollaps
F90	< 4	Hyperkinetische Störungen
F98	< 4	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
G25	< 4	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
R56	< 4	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-210	124	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Evaluation einer Epilepsie oder eines Verdachts auf Epilepsie
3-800	28	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-790	6	Polysomnographie
1-795	4	Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT)
1-901	4	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
9-984	< 4	Pflegebedürftigkeit
1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems
1-266	< 4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
1-902	< 4	Testpsychologische Diagnostik
3-740	< 4	Positronenemissionstomographie des Gehirns

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>1</b>
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	124,00000

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>1</b>
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	124,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>0,80</b>
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,80
Fälle je VK/Person	155,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP26	Epilepsieberatung	

## **Teil C - Qualitätssicherung**

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

## C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

### 8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetat -bestände	Kommentar
Neuropädiatrie PEMU, Neuropädiatrie PEMU	Spezielle Pädiatrie	PEMU Alsterdorf	Tag	91,67	0	Die Station wird von Montags bis Freitag Mittags betrieben. Nachtdienst durch MTAs geleistet, keine Pflegekräfte im Nachtdienst vorhanden.

### 8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Neuropädiatrie PEMU, Neuropädiatrie PEMU	Spezielle Pädiatrie	PEMU Alsterdorf	Tag	96,95	Die Station wird von Montags bis Freitag Mittags betrieben. Nachtdienst durch MTAs geleistet, keine Pflegekräfte im Nachtdienst vorhanden.

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

trifft nicht zu / entfällt