

**Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3
SGB V für das Berichtsjahr 2020**

**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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	7
A7.2 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	8
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	8
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 Aspekte des klinischen Risikomanagements	10
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	12
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	13
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
14.4 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 Ärzten und Ärztinnen	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	18
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	18

B-[1].11 Personelle Ausstattung	18
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	18
B-11.2 Pflegepersonal	19
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	20
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	20

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

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 2020.

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

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

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

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

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

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

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf
Institutionskennzeichen	260200319
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771672000
alte Standortnummer	
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	E-Mail
Dr. Burkhard Püst	Chefarzt Neuropädiatrie	040 / 67377 - 282	neuropaediatric@kkh-wilhelmstift.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Entspricht den Angaben oben

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Entspricht den Angaben oben

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"> ◦ Universität Hamburg ◦ Universität Lübeck

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

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 Patienten und Patientinnen 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

A7.2 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	146
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1
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

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,8

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

Name	Heike Brost
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

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

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 2019-01-29
RM04	Klinisches Notfallmanagement	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
RM05	Schmerzmanagement	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
RM06	Sturzprophylaxe	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	umfassendes QM- Handbuch 2019-01-29
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 2019-01-29

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	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 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 Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1	externes Institut
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3	für die Bereiche Neonatologie, Pädiatrie, Chirurgie
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege		
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	Nein
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	ja
-------------------------------	----

Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	ja
--	----

Der 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 Wundaufgabe	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 Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	Nein

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen 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)	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen 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 Patienten und Patientinnen?	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 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, Bewerdeauswertung)	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	ja	

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	nein	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Ja	◦ Frau Neumann
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	ja	
Patientenbefragungen	nein	◦ Werden über die interne Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement geplant und durchgeführt
Einweiserbefragungen	nein	◦ Werden über die interne Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement geplant und durchgeführt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	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-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	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.

14.4 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 Epilepsie Monitoring Neuropädiatrie Alsterdorf

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

Chefärztinnen/-ärzte

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a 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 Behinderungen- 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 Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	VNS
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
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	146
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G40.2	51	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	44	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
R94.0	8	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des Zentralnervensystems
Z03.3	7	Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit
G40.08	6	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
F44.88	5	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
G47.4	< 4	Narkolepsie und Kataplexie
G40.01	< 4	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.4	< 4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.6	< 4	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-210	252	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation
3-800	22	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-795	8	Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT)
1-207.2	7	Elektroenzephalographie [EEG]: Video-EEG (10/20 Elektroden)
1-790	6	Polysomnographie
1-901.0	< 4	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach
1-901.1	< 4	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex
1-204.2	< 4	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
9-401.00	< 4	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
1-942.1	< 4	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik: Mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik

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	Nein
stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	146,00000

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	146,00000

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 Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,8
Fälle je VK/Person	182,50000

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)

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt