



2019

Referenzbericht

Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3
SGB V über das Jahr 2019

Übermittelt am:	02.12.2020
Automatisch erstellt am:	03.03.2021
Layoutversion vom:	10.05.2021
2. Version erstellt am:	31.05.2021



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese **maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML)**, einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
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-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9	Anzahl der Betten	8
A-10	Gesamtfallzahlen	8
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	29
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	30
B-1	Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau	30
C	Qualitätssicherung	36
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	53
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	54
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	54
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	55
-	Diagnosen zu B-1.6	56
-	Prozeduren zu B-1.7	56

- **Einleitung**

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Ltg. ZB Unternehmensstrategie & Medizincontrolling
Titel, Vorname, Name: Dr. Heide Wiechmann
Telefon: 03334/69-2466
Fax: 03334/69-2467
E-Mail: heide.wiechmann@glg-mbh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Sylvia Markl
Telefon: 03334/53-327
Fax: 03334/53-261
E-Mail: verwaltung@mgkh.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.glg-gesundheit.de>
Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Martin Gropius Krankenhaus GmbH
Hausanschrift: Oderberger Straße 8
16225 Eberswalde
Institutionskennzeichen: 261200413
Standortnummer: 99
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>
Telefon: 03334/53-0

Ärztliche Leitung

Position: Leitende Chefärztin
Titel, Vorname, Name: Priv. Doz. Dr. med. Uta Donges
Telefon: 03334/53-267
Fax: 03334/53-389
E-Mail: psych@mgkh.de

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. habil. Hubertus Adam
Telefon: 03334/53-237
Fax: 03334/53-388
E-Mail: kiju@mgkh.de

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med., MA Albert Grüger
Telefon: 03334/53-425
Fax: 03334/53-426
E-Mail: neuro@mgkh.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name: Gabriele Zemke
Telefon: 03334/53-474
Fax: 03334/53-695
E-Mail: pflege@mgkh.de

Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Sylvia Markl
Telefon: 03334/53-327
Fax: 03334/53-261
E-Mail: verwaltung@mgkh.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau
Hausanschrift: Breitscheid-Straße 6
16321 Bernau
Institutionskennzeichen: 261200413
Standortnummer: 07
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>

Ärztliche Leitung

Position: Chefärztin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Andrea Müller
Telefon: 03334/53-248
Fax: 03334/53-376
E-Mail: pia.bernau@mgkh.de

Position: Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name: Susan Ruhland
Telefon: 03338/6046-720
Fax: 03338/6046-729
E-Mail: pia.bernau@mgkh.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name: Gabriele Zemke
Telefon: 03334/53-474
Fax: 03334/53-695
E-Mail: pflge@mgkh.de

Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Sylvia Markl
Telefon: 03334/53-327
Fax: 03334/53-261
E-Mail: verwaltung@mgkh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Martin Gropius Krankenhaus GmbH
 Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
 Lehrkrankenhaus: Ja
 Name Universität: Die Martin Gropius Krankenhaus GmbH ist akademisches Lehrkrankenhaus der Charité' Berlin.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Ja
 Regionale Versorgungsverpflichtung: Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	u.a. Teilnahme am AOK-Projekt "Pflegerische Familienhilfe" (PfiF)
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychodiagnostik und Psychotherapie
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training und progressive Muskelrelaxation
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: .
 Titel, Vorname, Name: . . .
 Telefon: 03334/53-0
 Fax: 53/03334-261
 E-Mail: info@mgkh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB09	Logopädin und Logopäde	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 0

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 2941

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,78	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,78	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,80	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,50	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,87	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,87	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	0,87	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,87	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe		
Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,80	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP54 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,50	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Qualitätsmanagementbeauftragter
Titel, Vorname, Name: MSc. Markus Franke
Telefon: 03334/53-697
Fax: 03334/53-706
E-Mail: markus.franke@mgkh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen
Funktionsbereiche: Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement ist die
Krankenhausbetriebsleitung, bestehend aus der Verwaltungsdirektion,
dem Leitenden Chefarzt und der Pflegedienstleitung unter Einbeziehung
des Qualitätsmanagementbeauftragten.
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium
eingesetzt: Ja
Beteiligte Abteilungen
Funktionsbereiche: Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement ist die
Krankenhausbetriebsleitung, bestehend aus der Verwaltungsdirektion,
dem Leitenden Chefarzt und der Pflegedienstleitung unter Einbeziehung
des Qualitätsmanagementbeauftragten.
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM06	Sturzprophylaxe	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Qualitätsmanagementhandb uch Martin Gropius Krankenhaus GmbH vom 31.12.2019

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich
 Maßnahmen:

- * Aktualisierung der VA Zwangsmaßnahmen
- * Klärung der Schnittstelle zum Rettungsdienst
- * Reduzierung des Risikos Medikamentenverwechslung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	31.12.2019
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

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich

Nr.	Erläuterung
EF00	Sonstiges
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich



Vorsitzender:

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med., MA Albert Grüger
Telefon: 03334/53-425
Fax: 03334/53-426
E-Mail: neuro@mgkh.de

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	0	CA Dr. T. Talaska Stabsstelle Krankenhaushygiene GLG 16225 Eberswalde Breitscheidstr. 36 BZH GmbH Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Schnewlinstr. 10 D-79089 Freiburg/Breisgau Dr. med. Beate Dietze Leiterin der BZH- Außenstelle Berlin Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen Fachärztin für Allgemeinmedizin

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	0	<p>Weisungsbefugnis zu hygienerelevanten Entscheidungen</p> <p>Unterstützung der Arbeit der HFK</p> <p>Unterstützung bei der Einhaltung der Hygienerichtlinien und Maßnahmen der Infektionsprävention</p> <p>Anregung von Verbesserungen der Hygienepläne, der Funktionsabläufe sowie aller Maßnahmen der Infektionsprävention</p> <p>Anleitung und fachliche Führung der hygienebeauftragten Ärzte der jeweiligen Kliniken</p> <p>Aktive Beteiligung an der Medizinischen Führungsverantwortung im Falle eines Ausbruchsgeschehens</p>

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Hygienefachkräfte (HFK)	0	Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen Vermitteln von Maßnahmen und Inhalten von Hygieneplänen Mitwirkung bei der Erstellung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen Durchführung hygienisch- mikrobiologischer Untersuchungen Mitwirkung bei der Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen Durchführung von Begehungen aller Bereiche Durchführung spezifischer Hygienefortbildungen in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Hygienebeauftragte in der Pflege	0	Multiplikatoren hygienerrelevanter Fragen, Aufgaben und Pflichten Unterstützung der HFK bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen Regelmäßige Teilnahme an hygienespezifischen Weiterbildungen Mitwirkung an der Erstellung bereichsspezifischer Standards Umsetzung und Schulung von Hygienepraktiken Mitwirkung an der Erkennung und Bewältigung eines Ausbruchsgeschehens

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Hygienestandard ZVK	
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	ja
Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

sterile Handschuhe	ja
steriler Kittel	ja
Kopfhaube	ja
Mund Nasen Schutz	ja
steriles Abdecktuch	ja

Venenverweilkatheter

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 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Netzwerk Uckermark-Barnim	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Verfahren für den Umgang mit Anregungen und Kritik sind schriftlich festgelegt. Die Bewertung erfolgt in der Krankenhausbetriebsleitung, die in Abstimmung mit der jeweils zutreffenden Abteilung Maßnahmen zur Verbesserung beschließt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Verfahrensweisung "Feedbackmanagement - Meldungen von Patienten"
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Mündliche Beschwerden können sowohl an jeden Mitarbeiter, wie auch über den Patientenfürsprecher gestellt werden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Schriftliche Beschwerden können sowohl über den Flyer "Der Patient hat das Wort", als auch im Rahmen der kontinuierlichen Angehörigenbefragung sowie direkt an die Verwaltungsdirektion gestellt werden. Auch in Internetportalen ist die Abgabe von Bewertungen/ Feedbacks möglich.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Anonyme Bewertungen können jederzeit sowohl über das Formular "Der Patient hat das Wort", als auch über diverse Portale im Internet eingereicht werden.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Patientenbefragungen werden in Zusammenarbeit mit dem Clinotel-Verbund durchgeführt. Darüber hinaus erhält jeder Patient die Möglichkeit, über das Formular "Der Patient hat das Wort", Lob und Kritik zu übermitteln.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Assistentin der Verwaltungsdirektion
Titel, Vorname, Name: Karolin Hofmann
Telefon: 03334/53-720
Fax: 03334/53-261
E-Mail: hofmann@mgkh.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))
Kommentar: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name: Silvia Ernsdorf
Telefon: 03334/53-640
Fax: 03334/53-261
E-Mail: feedback@mgkh.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Leiterin Apotheke
Titel, Vorname, Name:	Manuela Krebs
Telefon:	03334/69-2335
Fax:	03334/69-2435
E-Mail:	manuela.krebs@glg-mbh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 0

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: Das hier aufgeführte pharmazeutische Personal ist zentralisiert am Standort Klinikum Barnim, Werner Forßmann KH und für alle Krankenhäuser und Standorte der GLG-mbH zuständig.

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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.

Allgemeines

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
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	keine_Angabe_erforderlich	

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 Abschlüsse vor.

Die Notfallversorgung ist nicht vereinbart.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau
Art: Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene Bernau

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefärztin
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Andrea Müller
Telefon: 03334/53-248
Fax: 03334/53-376
E-Mail: piabernau@mgkh.de
Anschrift: Oderberger Straße 8
16225 Eberswalde
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz für Erwachsene (EW)	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte



Nicht Bettenführende Abteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,78	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,78	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	
Fälle je Anzahl		

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,80	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,50	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,87	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,87	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		



C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[–] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie
Ergebnis	94,7 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	96,4 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie
Ergebnis	95,6 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	95,0 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe
Ergebnis	97,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 90,0 %
Vergleichswerte	92,4 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA
Ergebnis	91,9 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 80,0 %
Vergleichswerte	91,1 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 5a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall
Ergebnis	3,5 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	4,2 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 5b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung
Ergebnis	0,9 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	1,1 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumonierate nach Schlaganfall
Ergebnis	5,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	6,4 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Screening bei Schluckstörungen
Ergebnis	99,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 90,0 %
Vergleichswerte	92,6 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 8a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil der Patienten mit Bildgebung <= 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" <= 6 Stunden
Ergebnis	51,3 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 70,0 %
Vergleichswerte	65,9 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 8b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige CT-/MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung
Ergebnis	87,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	80,6 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 9a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Thrombolyse nach Protokoll (NIHSSA 4-25, Alter 18-80 Jahre)
Ergebnis	69,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 50,0 %
Vergleichswerte	68,0 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 9b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Thrombolyse
Ergebnis	41,5 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	45,2 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 10
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung auf einer Stroke Unit
Ergebnis	98,8 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 85,0 %
Vergleichswerte	94,5 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 11a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time <= 60 Minuten (Protokoll)
Ergebnis	85,5 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 90 %
Vergleichswerte	83,2 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 11b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time <= 60 Minuten (erweiterte Indikation)
Ergebnis	87,0 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 80,0 %
Vergleichswerte	77,3 %
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 12
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose
Ergebnis	81,3 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 70,0 %
Vergleichswerte	76,2 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 13a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach Rekanalisation
Ergebnis	14,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	10,3 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 13b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach Thrombolyse
Ergebnis	10,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	7,7 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 13c
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit nach intraarterieller Therapie
Ergebnis	22,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	19,2 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 14
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen
Ergebnis	75,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 70 %
Vergleichswerte	73,5 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 15
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung
Ergebnis	98,7 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	90,4 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 16
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorhofflimmern-Diagnostik
Ergebnis	96,3 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 80 %
Vergleichswerte	96,3 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 17
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraarterielle Therapie (IAT)
Ergebnis	87,5 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 50,0 %
Vergleichswerte	71,6 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 18a
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-Puncture-Time <= 90 Minuten
Ergebnis	74,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 50,0 %
Vergleichswerte	65,3 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 19
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Verlegung zur IAT
Ergebnis	keine Angaben bei weniger als 5 Fällen
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 50,0 %
Vergleichswerte	42,5 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 20
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des Rekanalisationsziels
Ergebnis	75,9 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	>= 70,0 %
Vergleichswerte	85,1 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Qualitätssicherung nach DeQS-RL - PCI
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Ergebnis	keine Angaben - siehe Bemerkungen im Abspann zu diesem Kapitel
Messzeitraum	quartalsweise
Datenerhebung	2019
Rechenregeln	
Referenzbereiche	verschiedene
Vergleichswerte	Bundeswerte
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1772/DeQS-RL_2018-11-22_iK-2019-01-01_AT-28-02-2019-B1.pdf

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Qualitätssicherung nach DeQS_RL - NWIF
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vermeidung nosokomialer Infektionen/postoperative Wundinfektion (fallbezogen)
Ergebnis	liegt noch nicht vor
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	quartalsweise
Rechenregeln	
Referenzbereiche	liegen noch nicht vor
Vergleichswerte	liegen noch nicht vor
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2148/DeQS-RL_2019-11-22_iK-2020-05-16_AT-15-05-2020-B2.pdf

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Verbund
Bezeichnung des Qualitätsindikators	medizinische Verbundziele Hygiene Transfusionsmedizin Sonstige Kennzahlen
Ergebnis	Analytische Vergleiche medizinischer Ziele und sonstiger Kennzahlen
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	monatlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Daten des CLINOTEL-Verbundes (Benchmark mit 66 Mitgliedshäusern)
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	https://www.clinotel.de/

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Balanced Score Card fachabteilungsspezifisch
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verlegungsquote, Leistungsabbildung (Nebendiagnosen), Epikrisenvidierzeit, Belegungstage, VWD, Ausfallquote Arzt/Pflege/Psychologen
Ergebnis	Analytisches Vergleichen
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	quartalsweise
Rechenregeln	
Referenzbereiche	interne Zielwerte im Vergleich zum CLINOTEL-Verbund oder Bundeswerten
Vergleichswerte	CLINOTEL-Verbund, Bundesvergleichswerte
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 11c
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time <= 30 Minuten
Ergebnis	23,02 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	33,7 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 18b
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-Puncture-Time <= 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse nicht NICHT vor Aufnahme durchgeführt)
Ergebnis	70,2 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	56,8 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 18c
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-Puncture-Time <= 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt)
Ergebnis	100,0 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	81,8 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Schlaganfall Nordwestdeutschland 18d
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-Puncture-Time <= 60 Minuten
Ergebnis	24,1 %
Messzeitraum	2019
Datenerhebung	halbjährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	nicht definiert
Vergleichswerte	36,0 % Gesamtprojekt
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungprojekt Schlaganfall-Nordwestdeutschland der Universität Münster mit 192 Kliniken

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen.

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	3
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	3
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	3



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



- **Diagnosen zu B-1.6**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Prozeduren zu B-1.7**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).