



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	5
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	5
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	6
A-10 Gesamtfallzahlen	6
A-11 Personal des Krankenhauses	6
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	8
A-13 Besondere apparative Ausstattung	16
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	16
B-[1] Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst	17
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	17
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	17
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	17
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	17
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	18

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	18
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	18
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	18
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	18
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	19
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	19
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	19
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	19
B-[1].11	Personelle Ausstattung	19
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	19
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	20
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	20
B-[1].11.2	Pflegepersonal	20
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	20
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	21
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	21
C	Qualitätssicherung	22
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	22
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	22
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	22
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	22
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	23
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.23 2 SGB V	23

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 23
1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Vorwort

Wir begrüßen Sie herzlich in den Heinrich Sengelmann Kliniken (HSK) - ein Ort, an dem der Mensch im Mittelpunkt steht; ein Haus, dessen Personal durch fachliche Kompetenz, Erfahrung und Menschlichkeit überzeugt.

Unsere Patienten sollen gesund werden und sich gut fühlen. Deshalb ist es Aufgabe unseres Ärzte- und Pflegeteams, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln und Leiden zu lindern, aber auch einfühlsam zu kommunizieren und Mut zu machen.

Als Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gehören wir zu den medizinischen Einrichtungen der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Wir sind verantwortlich für die Einwohner des Kreises Stormarn/Schleswig-Holstein und für psychisch erkrankte Menschen der Stadt Hamburg.

Mit diesem Qualitätsbericht nach § 137 SGB V erhalten alle Interessierten einen Einblick in die Strukturen und Standards unseres Hauses.

Einleitung

Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML

3M Medica Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH

Verwendete Software mit Versionsangabe

3M Qualitätsbericht

Version 2019.3.0 (Release 18.09.2019)

Datum der Erstellung:

31.10.2019

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Andrea Nielsen, Geschäftsführerin
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 50435 354
E-Mail:	a.nielsen@alsterdorf.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Sandy Zirk, Qualitätsmanagement

Telefon:	04535 505 179
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	sandy.zirk@hsk.alsterdorf.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	https://www.heinrich-sengelmann-kliniken.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.tagesklinik-uhlenhorst.de/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2960	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Hamburg Uhlenhorst
PLZ:	22085
Ort:	Hamburg
Straße:	Winterhuder Weg
Hausnummer:	29-31
IK-Nummer:	260200273
Standort-Nummer:	05
Krankenhaus-URL:	http://www.tagesklinik-uhlenhorst.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst
PLZ:	22085
Ort:	Hamburg
Straße:	Winterhuder Weg
Hausnummer:	29-31
IK-Nummer:	260200273
Standort-Nummer:	5

E-Mail:	tagesklinik-uhlenhorst@hsk.alsterdorf.de
Standort-URL:	http://tagesklinik-uhlenhorst.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Andrea Nielsen, Geschäftsführerin
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	a.nielsen@alsterdorf.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias R. Lemke, Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer
Telefon:	04535 505 313
Fax:	04535 505 367
E-Mail:	m.lemke@alsterdorf.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Derya Soygün, Pflegedienstleiterin
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	derya.soyguen@hsk.alsterdorf.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Martin Hagen, Kaufmännischer Leiter
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	martin.hagen@hsk.alsterdorf.de

Standort:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Peter Hans Hauptmann, stellvertretender ärztlicher Leiter, Chefarzt
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	p.hauptmann@hsk.alsterdorf.de

Standort:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Derya Soygün, Pflegedienstleiterin
Telefon:	04535 505 364
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	derya.soyguen@hsk.alsterdorf.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Evangelische Stiftung Alsterdorf
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja
--	----

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupunktur
2	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Maltherapie</i>
3	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Tanz- und Bewegungstherapie</i>
4	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
5	Ergotherapie/Arbeitstherapie
6	Musiktherapie
7	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Achtsamkeitstraining, Nordic-Walking</i>
8	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Sozialdienst, speziell für Suchterkrankungen</i>
9	Biofeedback-Therapie <i>Durchführung durch Physiotherapeutin</i>
10	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Infoveranstaltungen, Besichtigungen</i>
11	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>über Sozialdienst</i>
12	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
13	Spezielle Entspannungstherapie <i>Progressive Muskelentspannung, Akupunktur nach NADA</i>
14	Sozialdienst

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Seelsorge
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Braille-Beschriftung</i>
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

trifft nicht zu

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 0

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	138
Ambulante Fallzahl:	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	1,02	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,02	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	1,02

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0,49		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,49	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	0,49

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,70

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,75

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,75 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 2,75

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt: 0,47

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,47 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,47

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 1,02

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,02 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,02

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0,77

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,77 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,77

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt: 1,02

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,02 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,02

PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,47

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,47 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,47

SOZIALPÄDAGOGE UND SOZIALPÄDAGOGIN

Gesamt: 0,77

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,77 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,77

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Sandy Zirk, Qualitätsmanagement
Telefon:	04535 505 179
Fax:	04535 505 354
E-Mail:	sandy.zirk@hsk.alsterdorf.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht: Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche: multiprofessionelles Team, bestehend aus Pflegekräften, Ärzten, Psychologen, Sozialdienstmitarbeitern, Mitarbeitern der IT, des Medizincontrollings und der Therapien, QM

Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person: 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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
2	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fixierung einer Patientin/ eines Patienten</i> <i>Letzte Aktualisierung: 24.10.2019</i>
3	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Handbuch Entlassmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 26.09.2017</i>
4	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
5	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: FB_Sturz_PatAngehInformation_150216FB_Sturz_Erfassung_Sturzrisi</i> <i>Letzte Aktualisierung: 16.02.2015</i>
6	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 12.12.2016</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Fortbildungen der Ärzte zu Akutbehandlung_Sicherheit im Umgang mit Akut-Medikation, Leitfaden Arzneimittelanamnese, Aktenprüfung, Aktenabschluss

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1 ²⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	1

¹⁾ Wird durch externe Dienstleister sichergestellt

²⁾ Die HFK des HSK ist fachlich auch zuständig für die Tageskliniken

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:

quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:

Dr. Tibor Simonsen, Arzt

Telefon:

Fax:

E-Mail:

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Kein Einsatz von ZVK

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Keine Durchführung von Operationen

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja

	OPTION	AUSWAHL
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Da in den HSK keine Operationen durchgeführt werden, gibt es keine Regelungen zur Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion.

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	12
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Nein
2	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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Hamburg</i>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Regine Rathmann, Beschwerdebeauftragte
Telefon:	04535 505 321
Fax:	
E-Mail:	beschwerdemanagement@hsk.alsterdorf.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Jürgen Wurst, Patientenführsprecher
Telefon:	04535 505 158
Fax:	
E-Mail:	hsk@hsk.alsterdorf.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Es ist ebenso eine Arzneimittelkommission eingerichtet, diese setzt sich zusammen aus:

- dem Apotheker der Vertragsapotheke
- dem ärztlichen Direktor
- dem Chefarzt
- Oberärzten
- Pflegedienstleitung

Art des Gremiums: Anderes Gremium Arbeitsgruppe

Details:

Name des Gremiums Arbeitsgruppe:	AG Arzneimitteltherapiesicherheit
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	stationsübergreifend: Pflegefachkräfte, Ärzte, QM

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	1
Erläuterungen:	Versorgungsvertrag mit Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medikamentenmanagement_Leitfaden_Medikamentenanamnese Letzte Aktualisierung: 25.10.2019</i>
3	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung) <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medikamentenmanagement</i>
4	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
6	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu 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 von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Heinrich Sengelmann Tagesklinik Uhlenhorst
Straße:	Winterhuder Weg
Hausnummer:	29-31
PLZ:	22085
Ort:	Hamburg
URL:	http://www.tagesklinik-uhlenhorst.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Peter Hans Hauptmann, stellvertretender ärztlicher Direktor, Chefarzt
Telefon:	04535 505 357
Fax:	04535 505 367
E-Mail:	p.hauptmann@hsk.alsterdorf.de
Adresse:	Kayhuder Straße 65
PLZ/Ort:	23863 Bargfeld-Stegen
URL:	http://www.tagesklinik-uhlenhorst.de

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
8	Psychiatrische Tagesklinik
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	138

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Im Jahr 2018 sind noch keine ambulanten Behandlungen angeboten worden.

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

trifft nicht zu

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	1,02	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,02	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,02
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0,49		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,49	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,49
			Fälle je Anzahl: 0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Akupunktur
3	Psychotherapie - fachgebunden -
4	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,70

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,75	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,75
			Fälle je Anzahl: 0,0

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
	<i>Pflegedienstleitung</i>

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Gerontopsychiatrie

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,47		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,47	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,47
			Fälle je Anzahl: 0,0

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,02		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,02	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,02
			Fälle je Anzahl: 0,0

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0,77

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,77 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,77
Fälle je Anzahl: 0,0

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Great Place to Work® Benchmarkstudie "Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen"
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Trust Index© Mitarbeiterbefragung sowie der Analyse von Personalmaßnahmen, dem Kultur Audit für den Bereich der Mitarbeiterzufriedenheit und der Entwicklung positiver Arbeitsplatzkultur.
Ergebnis:	"Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2017" 3. Platz in der Kategorie „Kliniken“
Messzeitraum:	1 Monat, letzte Erhebung 2017 nächste geplante Erhebung 2020
Datenerhebung:	Fragebögen/Audit
Rechenregeln:	http://www.greatplacetowork.de/deutschlands-beste-arbeitgeber-landing-page Die Erhebung, Dokumentation inklusive der Auswertung werden durch das Great Place to Work® Institute Deutschland durchgeführt.
Referenzbereiche:	Great Place to Work® Institute Deutschland: http://www.greatplacetowork.de/
Vergleichswerte:	Great Place to Work® Institute Deutschland: http://www.greatplacetowork.de/
Quellenangabe:	Die Erhebung, Dokumentation inklusive der Auswertung werden durch das Great Place to Work® Institute Deutschland durchgeführt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

trifft nicht zu

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	2
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	0
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	0

* 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).