Gemeinsamer Bundesausschuss

# 2021

# Referenzbericht

## Asklepios Fachklinikum Lübben Tagesklinik Königs Wusterhausen

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 2021

| | |
|---|---|
| Übermittelt am: | 15.12.2022 |
| Automatisch erstellt am: | 21.01.2023 |
| Layoutversion vom: | 18.01.2023 |

# 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 | 7 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 8 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 9 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 10 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 11 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 15 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 26 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 26 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 28 |
| B-1 | Psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche Königs Wusterhausen | 28 |
| C | Qualitätssicherung | 35 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 35 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 38 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 39 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 39 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 39 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 39 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 40 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 41 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 42 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 42 |

# - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|---|---|
| Position: | Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Gabriele Schmiedichen |
| Telefon: | 03381/78-1210 |
| Fax: | 03381/78-2272 |
| E-Mail: | g.schmiedichen@asklepios.com |

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführer (ab 01.10.2021) |
| Titel, Vorname, Name: | Sebastian Klein |
| Telefon: | 03546/29-206 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | se.klein@asklepios.com |

### Weiterführende Links

| | |
|---|---|
| Link zur Internetseite des Krankenhauses: | http://www.asklepios.com/luebben |
| 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: | Asklepios Fachklinikum Lübben |
| Hausanschrift: | Luckauer Straße 17<br>15907 Lübben |
| Postanschrift: | Postfach 1443<br>15904 Lübben |
| Institutionskennzeichen: | 261200516 |
| URL: | http://www.asklepios.com/luebben |
| Telefon: | 03546/29-0 |
| E-Mail: | luebben@asklepios.com |

**Ärztliche Leitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29-292 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |

**Pflegedienstleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name: | Angela Tiedemann |
| Telefon: | 03546/29-233 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | a.tiedemann@asklepios.com |

**Verwaltungsleitung**

| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführer (ab 01.10.2021) |
| Titel, Vorname, Name: | Sebastian Klein |
| Telefon: | 03546/29-206 |
| Fax: | 03456/29-242 |
| E-Mail: | se.klein@asklepios.com |

| | |
|---|---|
| Position: | Vorsitzende der Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name: | Daniela Wolarz-Weigel |
| Telefon: | 033766/66-388 |
| Fax: | 033766/66-241 |
| E-Mail: | d.wolarz@asklepios.com |

| | |
|---|---|
| Position: | Regionalgeschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name: | Volker Thesing |
| Telefon: | 03381/78-2102 |
| E-Mail: | v.thesing@asklepios.com |

| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführerin |
| Titel, Vorname, Name: | Janina Pietschmann |
| Telefon: | 03546/29-206 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | ja.pietschmann@asklepios.com |

## Standort dieses Berichts

| | |
|---|---|
| Krankenhausname: | Asklepios Fachklinikum Lübben Tagesklinik Königs Wusterhausen |
| Hausanschrift: | Cottbusser Straße 53 a+b<br>15711 Königs Wusterhausen |
| Postanschrift: | 17<br>Luckauer Straße<br>15907 Lübben |
| Institutionskennzeichen: | 261200516 |
| Standortnummer: | 773090000 |
| Standortnummer alt: | 03 |
| URL: | http://www.asklepios.com/luebben |

### Ärztliche Leitung

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztliche Direktorin/Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29-292 |
| Fax: | 03546/29 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |

### Pflegedienstleitung

| | |
|---|---|
| Position: | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name: | Angela Tiedemann |
| Telefon: | 03456/29-233 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | a.tiedemann@asklepios.com |

### Verwaltungsleitung

| | |
|---|---|
| Position: | Vorsitzende der Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name: | Daniela Wolarz-Weigel |
| Telefon: | 033766/66-388 |
| E-Mail: | d.wolarz@asklepios.com |

| | |
|---|---|
| Position: | Geschäftsführer (ab 01.10.2021) |
| Titel, Vorname, Name: | Sebastian Klein |
| Telefon: | 03546/29-206 |
| Fax: | 03546/29-242 |
| E-Mail: | se.klein@asklepios.com |

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH

Art: privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein

Lehrkrankenhaus: Nein

## 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 | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Einzel- und Gruppentherapie |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | standardisiertes Entlassungsmanagement |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP20 | Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie | |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|---|---|---|
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Beratung insbesondere auch für Eltern, Erzieher und Lehrer |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | PMR (Progressive Muskelrelaxation) |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | teilweise Bezugspflege |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | ggf. Zusammenarbeit mit Orthopädietechnik |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP55 | Audiometrie/Hördiagnostik | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | Bestandteil der therapeutischen Angebote |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Vorträge, Informationsveranstaltungen am Hauptstandort |

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

| Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder | | | |
|---|---|---|---|
| **Nr.** | **Leistungsangebot** | **Link** | **Kommentar** |
| NM50 | Kinderbetreuung | | |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | | |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|---|---|---|
| **Nr.** | **Leistungsangebot** | **Link** | **Kommentar** |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | vor Ort nach Bedarf |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Die aktuelle Ankündigung erfolgt im Internet unter www.asklepios.com/luebben, z. B. "Tag der Patienensicherheit" |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|---|---|---|
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|---|---|
| Position: | Ltd. Sozialarbeiterin |
| Titel, Vorname, Name: | Sandra Menz |
| Telefon: | 03546/29-446 |
| E-Mail: | s.menz@asklepios.com |

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |

| Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF25 | Dolmetscherdienste | |

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF24 | Diätische Angebote | |

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Aspekte der Barrierefreiheit** | **Kommentar** |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |

## 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 | Medizinische Hochschule Brandenburg, Georg August Universität Göttingen, Pommersche Medizinische Universität |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Asklepios-Programm mit der Pommerischen Medizinischen Universität Stettin (PUM) Bewerber aus Deutschland können in Stettin Medizin studieren. Praktische Einsätze im Fachklinikum. Famulaturen für Medizinstudenten in den Fächern: Neurologie Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | Teilnahme an Registern: NEMOS (Neuromyelitis optica), GENERATE (Autoimmunenzephalitis), TOP (Multiple Sklerose) |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien | |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher | z.B. Revier für Fachzeitschrift „Sexological Review“ (Dr. Bertrand Janota) |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|---|---|---|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | fachpraktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung als Kooperationspartner |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | fachpraktische Ausbildung |
| HB09 | Logopädin und Logopäde | fachpraktische Ausbildung |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | fachpraktische Ausbildung |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) | Praktika |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Ausbildungsstart jeweils zum 01. Oktober, Hauptamtlicher Praxisanleiter Norman Leschke Tel.: 03546 29 491 |
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger | fachpraktische Ausbildung |

## A-9 Anzahl der Betten

Betten: 13

## A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|---|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 74 |
| Ambulante Fallzahl: | 701 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB): | 0 |

# A-11 Personal des Krankenhauses

## A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1,49 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,49 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,49 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 | |

| Belegärztinnen und Belegärzte | | |
|---|---|---|
| Anzahl | 0 | |

| Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

## A-11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3,73 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,73 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,73 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |

| | | |
|---|---|---|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,18 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,7 | |

| Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

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

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

| Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,07 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,07 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,07 | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,6 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,6 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,6 | |

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,6 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,6 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,6 | |

| SP54 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,07 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,07 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,07 | |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|---|---|
| Position: | Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Gabriele Schmiedichen |
| Telefon: | 03546/29-404 |
| E-Mail: | g.schmiedichen@asklepios.com |

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Verwaltung |
| Tagungsfrequenz: | quartalsweise |

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

| | |
|---|---|
| Position: | Leitung Stabsstelle Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Gabriele Schmiedichen |
| Telefon: | 03546/29-404 |
| E-Mail: | g.schmiedichen@asklepios.com |

### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

| | |
|---|---|
| Lenkungsgremium eingerichtet: | Ja |
| Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: | Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Verwaltung |
| Tagungsfrequenz: | quartalsweise |

### 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 | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 02.07.2018 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 02.07.2018 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Standard Schmerzmanagement vom 01.03.2022 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 02.07.2018 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Konzept Klinisches Risikomanagement vom 02.07.2018 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen vom 07.08.2020 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Organisationshandbuch Medizintechnik vom 05.06.2019 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Qualitätszirkel Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Trifft auf das Leistungsspektrum der Klinik nicht zu vom 26.10.2018 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Trifft auf das Leistungsspektrum der Klinik nicht zu vom 26.10.2018 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen | Vermeidung von Eingriffsverwechslungen Sichere Patientenidentifikation vom 24.02.2022 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Trifft auf das Leistungsspektrum der Klinik nicht zu vom 26.10.2018 |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|---|---|---|
| RM18 | Entlassungsmanagement | Entlassmanagement vom 07.04.2021 |

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|---|---|
| Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |
| Maßnahmen: | Unsere Klinik hat mit dem Asklepios Programm Patientensicherheit viele Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit etabliert: Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit werden umgesetzt, z. B. das klinikeigene CIRS-Netz ist mit allen Asklepioskliniken und dem CIRS Health Care verbunden, Safety First Meldungen werden zu klinikübergreifend relevanten CIRS-Fällen an alle Mitarbeiter versendet. |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|---|---|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 05.08.2018 |
| 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 | quartalsweise |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|---|
| Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | monatlich |

| Nr. | Erläuterung |
|---|---|
| EF00 | Asklepios CIRS Netz |
| EF14 | CIRS Health Care |

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| | |
|---|---|
| Hygienekommission eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | halbjährlich |

**Vorsitzender:**

| | |
|---|---|
| Position: | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29-292 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|---|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | 1 | |
| Hygienebeauftrage Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 3 | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 6 | |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

#### A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe 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

| Haendedesinfektion (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 Besiedelung 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 |
|---|---|---|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | CDAD-KISS<br>MRSA-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | QS - Verfahren | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | Aktion Saubere Hände: Teilnahme (ohne Zertifikat) Kommentar: In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt wird eine hausinterne Aktion Saubere Hände durchgeführt. |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | monatlich | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | monatlich | |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|---|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | Ja | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja | |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | Ja | |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | Ja | |

**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

| | |
|---|---|
| Position: | Beschwerdemanagerin |
| Titel, Vorname, Name: | Bettina Lowski |
| Telefon: | 03546/29-239 |
| E-Mail: | b.lowski@asklepios.com |

**Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

| | |
|---|---|
| Link zum Bericht: | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar: | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

| | |
|---|---|
| Position: | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name: | Thomas Jaeger |
| Telefon: | 03456/29-423 |
| E-Mail: | t.jaegerEXT@asklepios.com |

**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: | Ärztliche Direktorin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29-292 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker: | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 0 |

Erläuterungen: Zusammenarbeit inkl. Beratung durch eine externe Apotheke; Leiter der Apotheke ist Vorsitzender der Arzneimittelkommission

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikations-prozesses 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 | |
|---|---|
| **AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese** | |
| Klinische Dokumentation Asklepios Mindeststandard - Pflichtenheft | 25.01.2017 |

| 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 |
|---|
| **AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern** |
| Fallbesprechungen |
| Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung |
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) |

| Entlassung |
|---|
| **AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung** |
| Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs |
| Aushändigung des Medikationsplans |
| bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|---|---|---|---|---|
| AA08 | Computertomograph (CT)<br>(X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | in Kooperation mit dem Asklepios Fachklinikum Teupitz und dem Klinikum Dahme-Spreewald, Spreewaldklinik Lübben |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerätt (EEG)<br>(X) | Hirnstrommessung | Nein | am Hauptstandort |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT)<br>(X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | Ja | am Hauptstandort |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | Ja | am Hauptstandort |

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: Nein

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

# B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-1 Psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche Königs Wusterhausen

### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche Königs Wusterhausen"

| | |
|---|---|
| Fachabteilungsschlüssel: | 3000 |
| Art: | Psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche Königs Wusterhausen |

**Ärztliche Leitung**

**Chefärztin oder Chefarzt:**

| | |
|---|---|
| Position: | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name: | Dr. med. Anastasia Donchin |
| Telefon: | 03546/29292 |
| Fax: | 03546/29408 |
| E-Mail: | a.donchin@asklepios.com |
| Anschrift: | Cottbusser Straße 53 a+b<br>15711 Königs Wusterhausen |
| URL: | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|---|---|---|
| VK26 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter | |
| VK27 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes | |
| VK28 | Pädiatrische Psychologie | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie | | |
|---|---|---|
| VK29 | Spezialsprechstunde | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Medizinische Leistungsangebote** | **Kommentar** |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | | |
|---|---|---|
| **Nr.** | **Medizinische Leistungsangebote** | **Kommentar** |
| VP00 | Institutsambulanz | |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 74

## 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 Kinder und Jugendliche Königs Wusterhausen | |
|---|---|
| Ambulanzart: | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02) |
| Kommentar: | |
| **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie** | |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27) |
| Angebotene Leistung: | Pädiatrische Psychologie (VK28) |
| **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie** | |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) |
| **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 Entwicklungsstörungen (VP08) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11) |
| Angebotene Leistung: | Spezialsprechstunde (VP12) |
| Angebotene Leistung: | Psychiatrische Tagesklinik (VP15) |

## 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) | 1,49 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,49 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,49 | |
| Fälle je Vollkraft | | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|---|---|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 | |
| Fälle je Vollkraft | | |

| Belegärztinnen und Belegärzte | | |
|---|---|---|
| Anzahl | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|---|---|---|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | |

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 3,73 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,73 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,73 | |
| Fälle je Anzahl | | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,18 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,7 | |
| Fälle je Anzahl | | |

**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 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

| Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,07 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,07 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,07 | |
| Fälle je Anzahl | | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|---|---|
| Anzahl (gesamt) | 0,6 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,6 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,6 | |
| 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)

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | (Datenschutz) | | (Datenschutz) | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | (Datenschutz) | | (Datenschutz) | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Gynäkologische Operationen (15/1) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie (18/1) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | 38 | | 100 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Herzchirurgie (HCH) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) | 0 | HCH | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 0 | HEP | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | 0 | HEP | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 0 | KEP | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | 0 | KEP | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leisungsbereich DeQS | Fallzahl | Zähl-bereich von | Dokumen-tationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | 5 | | 100 | 0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX) | 0 | | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

### 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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

## 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 Angaben zum 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] | 2 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 2 |

## 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).