

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Inselkrankenhaus Borkum

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 11.12.2025 um 09:28 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung.....	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	9
A-10 Gesamtfallzahlen.....	9
A-11 Personal des Krankenhauses.....	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	10
A-11.2 Pflegepersonal.....	10
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....	12
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	13
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	15
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	17
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....	18
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	21
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V.....	21
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	21
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	21
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	21
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	22
B-[1].1 Innere Medizin.....	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	23
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	23
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	23
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	23
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	24
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	24
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	24
B-[1].11 Personelle Ausstattung.....	25
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	25
B-11.2 Pflegepersonal.....	25
Teil C - Qualitätssicherung.....	27
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	27
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	27
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	27
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	27
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung").....	27

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	27
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	27
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	28

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Das Inselkrankenhaus Borkum

Einleitungstext

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

wir freuen uns, Ihnen den neuen Qualitätsbericht für das Jahr 2024 präsentieren zu dürfen. Im vergangenen Jahr haben unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmensverbund Klinikum Leer gGmbH wieder mit viel Engagement daran gearbeitet, die Behandlungsqualität zu verbessern und Prozesse zu optimieren.

Im Mittelpunkt unseres Denken und Handelns steht eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Gemäß dem Prinzip „menschlich, persönlich, kompetent“ sind sämtliche weitere Klinikprozesse nachgeordnet.

Mit diesem Qualitätsbericht stellen wir uns deshalb gern den Anforderungen des Gesetzgebers, Qualitäts- und Leistungsdaten transparent zu machen. Sie erfahren in diesem Bericht nicht nur alles über unsere Behandlungsschwerpunkte und die häufigsten Diagnosen in den einzelnen Kliniken bzw. Abteilungen, sondern erhalten auch Einblicke in unsere Mitarbeiterstruktur, ambulante Behandlungsmöglichkeiten sowie besondere Leistungsangebote im Inselkrankenhaus Borkum.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Borkum, November 2025
Die Geschäftsführung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Nadira Pölking
Position	Assistentin der Geschäftsführung im Bereich Qualitätsmanagement
Telefon	0491 / 86 - 2107
Fax	0491 / 86 - 2108
E-Mail	qualitaetsmanagement@klinikum-leer.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Daniela Kamp
Position	Geschäftsführerin Klinikum Leer gGmbH
Telefon	0491 / 86 - 2100
Fax	0491 / 86 - 2108
E-Mail	geschaeftsleitung@klinikum-leer.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://inselkrankenhaus-borkum.de/kliniken/fuer-ihre-gesundheit
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Inselkrankenhaus Borkum
Institutionskennzeichen	260342218
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772024000
Hausanschrift	Gartenstraße 20 26757 Borkum
Postanschrift	Gartenstraße 20 26757 Borkum
Telefon	04922 / 9300 - 15
E-Mail	info@inselkrankenhaus-borkum.de
Internet	http://www.inselkrankenhaus-borkum.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Sylvia Kotterba	Ärztliche Direktorin	0491 / 86 - 2200	0491 / 86 - 2108	geschaeftsleitung@klinikum-leer.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Heike Kliegelhöfer	Pflegedirektorin	0491 / 86 - 2300	0491 / 86 - 2108	pflegedienstleitung@klinikum-leer.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Daniela Kamp	Geschäftsführerin Klinikum Leer gGmbH	0491 / 86 - 2100	0491 / 86 - 2108	geschaeftsleitung@klinikum-leer.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	NEXTCLINICS INTERNATIONAL GmbH
Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP51	Wundmanagement	Im Haus arbeiten Wundexperten. Zudem wird ein Wund-Arbeitskreis angeboten.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle ist als Wahlleistung möglich.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Die Unterbringung einer Begleitperson kann aus medizinischen Gründen oder als Wahlleistung erfolgen.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		In jedem Patientenzimmer befindet sich ein Fernsehgerät. Ein Telefon kann dem Patienten auf Antrag gegen Gebühr gestellt werden. Ein Aufenthaltsraum und Wertfächer sind vorhanden. Ausreichend Parkplätze stehen zur Verfügung.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Simone Plum
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegekraft
Telefon	0491 / 860
Fax	
E-Mail	simone.plum@klinikum-leer.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Die Klinikum Leer gGmbH ist seit 1982 akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und seit 2021 der Universitätsmedizin Neumarkt am Mieresch Campus Hamburg. Studenten haben die Möglichkeit, sich im Klinikum Leer im Rahmen ihres Medizinstudiums ausbilden zu lassen.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	8
-------------------	---

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	545
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	2119
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,67

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,67
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	7,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,74

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

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

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen	
-----------------	--

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	1,75
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,75
Kommentar / Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Nadira Pölking
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Assistentin der Geschäftsführung im Bereich Qualitätsmanagement
Telefon	0491 / 86 - 2107
Fax	0491 / 86 - 2108
E-Mail	qualitaetsmanagement@klinikum-leer.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsleitung, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Nadira Pölking
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Assistentin der Geschäftsführung im Bereich Qualitätsmanagement
Telefon	0491 / 86 - 2107
Fax	0491 / 86 - 2108
E-Mail	qualitaetsmanagement@klinikum-leer.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Reanimation / Notruf 2024-06-26
RM05	Schmerzmanagement	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18
RM06	Sturzprophylaxe	Patienteninformation Sturzgefahr 2024-11-07

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Dekubitus Bewegungsplan, Dekubitus Dokumentation, Merkblatt für Patienten und Angehörige zur Dekubitusprophylaxe, Qualitätssicherung und Prophylaxe über das KIS 2024-10-22
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software, Verfahrensanweisung zum Umgang mit Fixierungsmaterial 2024-01-18
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Verfahrensanweisung Meldung von meldepflichtigen Vorkommnissen 2024-11-06
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere zusammen mit dem Klinikum Leer und dem Krankenhaus Rheiderland
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Umgang mit Patientenarmbändern 2021-01-28
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18
RM18	Entlassungsmanagement	Verfahrensanweisung zum Qualitätsmanagement, Verfahrensanweisung zum Risikomanagement und Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Erstellung neuer Verfahrensanweisungen um Prozesse zu regeln

Einrichtunginterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2024-10-22
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? Ja

Tagungsfrequenz bei Bedarf

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Der Krankenhaushygieniker der Klinikum Leer gGmbH versorgt auch das Inselkrankenhaus Borkum.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	12	Die Hygienefachkräfte der Klinikum Leer gGmbH versorgen auch das Inselkrankenhaus Borkum.
Hygienefachkräfte (HFK)	3	Die Hygienefachkräfte der Klinikum Leer gGmbH versorgen auch das Inselkrankenhaus Borkum.
Hygienebeauftragte in der Pflege	2	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. Sylvia Kotterba
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Telefon	0491 / 86 - 2200
Fax	0491 / 86 - 2108
E-Mail	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion ja

Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Standard Liegedauer ZVK

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen	40,1 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
---	--

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Teilnahme am Euregio-Projekt EurHealth1Health	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Vierteljährliche Schulungen im Rahmen der Begehungen und Audits

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. Ja

Das Beschwerdemanagement ist ein wichtiger Baustein der kontinuierlichen Verbesserung unserer Qualität. Das einheitliche Managementsystem der Klinikum Leer gGmbH umfasst sowohl Lob, Beschwerden als auch Anregungen und Ideen von Patienten, Angehörigen und Besuchern.

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) Ja

Das Feedback der Patientinnen und Patienten wird in den jeweiligen Abteilungen besprochen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen daraus abgeleitet, die der Krankenhausleitung mitgeteilt werden. Darüber hinaus wird durch die regelmäßigen statistische Auswertung von Lob, Anregungen und Beschwerden überprüft, an welchen Stellen Handlungsbedarf besteht, um die Qualität der Patientenversorgung oder den Komfort des Aufenthaltes weiter zu erhöhen.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden Ja

Mündliche Beschwerden können persönlich oder telefonisch jederzeit geäußert werden und werden in das Beschwerdemanagement aufgenommen.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden Ja

Der zuständige Mitarbeiter leitet die Mitteilung an die betreffenden Abteilungsleiter zur Kenntnis und Bearbeitung weiter. Bei Bedarf erhält jeder Beschwerdeführer eine Antwort auf seine Kritik.

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert Ja

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Ja

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Nadira Pölking	Assistentin der Geschäftsführung im Bereich Qualitätsmanagement	0491 / 86 - 2107	0491 / 86 - 2108	qualitaetsmanagement@klinikum-leer.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Pastor Carsten Wittwer	Patientenfürsprecher Inselkrankenhaus Borkum	04922 / 912712		patientenfuersprecher@inselkrankenhaus-borkum.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – Arzneimittelkommission
---	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	keine Person benannt
---	----------------------

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar / Erläuterung	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, zum Beispiel 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.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste) sowie zur Dokumentation sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Qualitätssicherung durch KIS-Software 2024-01-18	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Verfahrensweisungen im Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Verfahrensanweisungen im Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung über KIS-Software 2024-01-18	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Unterstützung durch KIS-Software	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)	
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	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere

geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen? Ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Notfallstufe des Krankenhauses	Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe	Modul der speziellen Notfallversorgung
Stufe 1	Erfüllung der Voraussetzungen gemäß §3 Abs. 2 S. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen	

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Ja

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Innere Medizin

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Stefan Karl Förg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	04922 / 9300 - 15
Fax	04922 / 9600 - 15
E-Mail	info@inselkrankenhaus-borkum.de
Strasse / Hausnummer	Gartenstraße 20
PLZ / Ort	26757 Borkum
URL	https://inselkrankenhaus-borkum.de/kliniken/innere-medizin.html

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ja
Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die
Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VX00	Diagnostik und Therapie der KHK	EKG, Belastungs-EKG, Stressechocardiographie, Echocardiographie
VX00	Medizinische Erstversorgung	Es wird die medizinische Erstversorgung von z.B. Herzinfarkten, Schlaganfällen, Magen-Darmblutungen und Frakturen durchgeführt. Diese werden dann zur weiteren Behandlung in das nächstgelegene Krankenhaus verlegt.

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

Vollstationäre Fallzahl	545
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J18	55	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
A09	28	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
I50	27	Herzinsuffizienz
N39	27	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
I48	26	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I10	24	Essentielle (primäre) Hypertonie
E86	17	Volumenmangel
J44	15	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
S06	14	Intrakranielle Verletzung
R55	13	Synkope und Kollaps

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984	247	Pflegebedürftigkeit
8-800	13	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5-900	7	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
8-640	5	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
8-201	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
8-121	< 4	Darmspülung
8-153	< 4	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-500	< 4	Tamponade einer Nasenblutung
8-771	< 4	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-706	< 4	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ LeerWeener gGmbH am Inselkrankenhaus Borkum		Internistische und Allgemeinmedizinische Zweigpraxis

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

keine Angaben

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,67
Fälle je VK/Person	326,34730

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,67
Fälle je VK/Person	326,34730
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF28	Notfallmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	7,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,74
Fälle je VK/Person	70,41343

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50

Fälle je VK/Person	1090,00000
--------------------	------------

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50
Fälle je VK/Person	1090,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP16	Wundmanagement	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

keine Angaben

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	2
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	2
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Innere Medizin	Innere Medizin	Station Borkum	Nacht	100,00	0	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station Borkum	Tag	100,00	0	

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Innere Medizin	Innere Medizin	Station Borkum	Tag	99,41	
Innere Medizin	Innere Medizin	Station Borkum	Nacht	100,00	

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

trifft nicht zu / entfällt