

SAATMANN
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Strukturierter Qualitätsbericht
Geriatrische Tagesklinik Guben

Berichtsjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 8 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 8 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 10 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses..... | 10 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 11 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 11 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 11 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 14 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 26 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 27 | |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 28 |
| B-1 | Geriatrische Tagesklinik Guben | 28 |
| C | Qualitätssicherung | 39 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 39 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 39 |
| 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 Nummer 2 SGB V | 39 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 39 | |

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1
Nummer 1 SGB V..... 40

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr..... 40

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Qualitäts- und Risikomanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau E. Purps |
| Telefon | 03364/54-3710 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Elke.Purps@khehst.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Herr Till Frohne |
| Telefon | 03364/54-3701 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Till.Frohne@khehst.de |

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.khehst.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.khehst.de>

| Link | Beschreibung |
|---|--------------|
| http://www.khehst.de | |

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Tagesklinik in Guben.

Der Ihnen vorliegende Bericht umfasst das Jahr 2020. Dieser Bericht hat eine gesetzlich vorgegebene Struktur und ist Teil der Gesamtberichterstattung der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH.

Die demographische Entwicklung zeigt eine zunehmend älter werdenden Bevölkerung auf. Dieser Entwicklung folgend wurde die Klinik Geriatrie an der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert. Die wohnortnahe Versorgung für geriatrische Patienten, wird neben der stationären und teilstationären Versorgung in Eisenhüttenstadt, auch durch medizinischen Leistungen in der Tagesklinik in Guben gewährleistet.

Die Klinik bietet insgesamt ein abgestuftes Therapiekonzept mit medizinischer Akutversorgung und frührehabilitativer geriatrischer Komplexbehandlung im stationären Bereich sowie teilstationären Behandlungen in den Tageskliniken in Eisenhüttenstadt und Guben.

Für Patienten, die wegen mangelnder Mobilität ambulante Therapien nicht in Anspruch nehmen können, ist die Inanspruchnahme von Mehrfachtherapien im tagesklinischen Setting möglich.

2020 ist es uns erneut gelungen unser Qualitätsmanagementsystem nach der DIN EN ISO 9001:2015 rezertifizieren zu lassen. Das verdeutlicht, dass die Aktivitäten des Qualitätsmanagements mit hohen Anforderungen an jeden einzelnen Mitarbeiter verbunden sind. Durch ständige Reflexion der Arbeitsprozesse gelingt es, trotz unzureichender Rahmenbedingungen, notwendige Verbesserungen für die uns anvertrauten Patienten zu erreichen.

Wir danken allen Patientinnen und Patienten, Kooperationspartnern, niedergelassenen Ärzten, Einweisern, ambulanten Einrichtungen, interessierten Bürgern und unseren Mitarbeitern, die die positiven Ergebnisse durch Lob und Hinweise aktiv mitgestalten.

Für eventuell offene Fragestellungen oder weitere Informationen bitten wir Sie, Kontakt mit uns aufzunehmen. Über Rückmeldungen oder Hinweise von Ihnen würden wir uns sehr freuen. (krankenhauseisenhuettenstadt@khehst.de).

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|--------------------------------|--|
| Krankenhausname | Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH |
| Hausanschrift | Friedrich-Engels-Straße 39 15890 Eisenhüttenstadt |
| Zentrales Telefon | 03364/54-50 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| Zentrale E-Mail | krankenhaus-eisenhuettenstadt@khehst.de |
| Postanschrift | Postfach 7255 15890 Eisenhüttenstadt |
| Institutionskennzeichen | 261200286 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | http://www.khehst.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Leiter |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. D. Hinz |
| Telefon | 03364/54-3151 |
| Fax | 03364/54-3158 |
| E-Mail | Dirk.Hinz@khehst.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleiterin |
| Titel, Vorname, Name | Frau A. Hirsch |
| Telefon | 03364/54-3420 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Andrea.Hirsch@khehst.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|--|--|
| Funktion | Verwaltungsleiter |
| Titel, Vorname, Name | Herr U. Jähnisch |
| Telefon | 03364/54-3707 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Udo.Jaehnisch@khehst.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|---|--|
| Standortname: | Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH |
| Hausanschrift: | Dr.-Ayrer-Straße 1-4 03172 Guben |
| Telefon: | 03561/54806-55 |
| Fax: | 03561/54806-56 |
| E-Mail: | krankenhaus-eisenhuettenstadt@khehst.de |
| Postanschrift: | Geriatrische Tagesklinik im Naemi-Wilke-Stift Dr.-Ayrer-Straße 1-4 03172 Guben |
| Institutionskennzeichen: | 261200286 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 772456 |
| Standortnummer (alt) | 03 |
| URL: | http://www.khehst.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Leiter |
| Titel, Vorname, Name | Herr Dr. med. D. Hinz |
| Telefon | 03364/54-3151 |
| Fax | 03364/54-3158 |
| E-Mail | Dirk.Hinz@khehst.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedienstleiterin |
| Titel, Vorname, Name | Frau A. Hirsch |
| Telefon | 03364/54-3423 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Andrea.Hirsch@khehst.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Verwaltungsleiter |
| Titel, Vorname, Name | Herr U. Jähnisch |
| Telefon | 03364/54-3707 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Udo.Jaehnisch@khehst.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---|
| Name | Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH |
| Art | Öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|---|----|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Ja |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Ja |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Unser interdisziplinäres Team bietet umfassende und spezifische Hilfe für alterstypische Krankheitsbilder. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt kann dadurch oft vermieden oder zumindest verkürzt werden. Die Aktivitäten des täglichen Lebens so einzuüben und zu trainieren, dass sie für den Patienten im Alltag jederzeit anwendbar sind. Dieses Ziel ist ein primäres Anliegen der teilstationären Behandlung.

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie |
| MP06 | Basale Stimulation |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) |

| | |
|------|---|
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage |
| MP25 | Massage |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst |
| MP37 | Schmerztherapie/-management |
| MP63 | Sozialdienst |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen |
| MP51 | Wundmanagement |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link |
|------|--|---|
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | http://www.khehst.de |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | http://www.khehst.de |
| NM42 | Seelsorge | http://www.khehst.de |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | http://www.khehst.de |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Sozialdienst |
| Titel, Vorname, Name | Herr A. Wollenschlaeger |
| Telefon | 03364/35-30 |
| Fax | 03364/35-27 |
| E-Mail | ansgar.wollschaeger@khehst.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |
| BF24 | Diätische Angebote | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen | |
| 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 | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Genutzt werden kann der Andachtsraum im Naemi-Wilke-Stift. |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------|---|
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger |

A-9 Anzahl der Betten

| Betten | |
|--------|---|
| Betten | 0 |

Die Tagesklinik verfügt über 18 Behandlungsplätze. Diese teilstationären Plätze stellen das Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung dar.

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 175 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--|
| Stationär | 1,2 | wird alternierend von den Ärzten der Geriatrie Eisenhüttenstadt übernommen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**A-12.1 Qualitätsmanagement****A-12.1.1 Verantwortliche Person**

| Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements | |
|---|--|
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau E. Purps |
| Telefon | 03364/54-3710 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Elke.Purps@khehst.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|---|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Ärztlicher Leiter, Betriebsratsvorsitzende, Personalleiterin, Pflegedienstleiterin, Pflegeleitungen, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung, Verwaltungsleiter, Abteilungsleiterin Finanz- und Investitionsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

| Angaben zur Person | |
|---------------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|--|--|
| Funktion | Qualitätsmanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau E. Purps |
| Telefon | 03364/54-3710 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Elke.Purps@khehst.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|--|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Ärztlicher Leiter, Betriebsratsvorsitzende, Personalleiterin, Pflegedienstleiterin, Pflegeleitungen, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung, Verwaltungsleiter, Abteilungsleiterin Finanz- und Investitionsmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: QM- Portal Datum: 24.02.2017 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Krankenhausalarmplan Datum: 11.05.2017 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Expertenstandard "Schmerzmanagement" in der Pflege Datum: 03.09.2019 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: QM- Portal Datum: 24.02.2017 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: QM- Portal Datum: 17.02.2020 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Dienstanweisung zum Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten Datum: 21.09.2018 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Name: Verfahrensanweisung "Patientenarmbänder" Datum: 13.01.2017 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege" Datum: 10.12.2017 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|---------------|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |
| Verbesserung Patientensicherheit | |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 13.06.2018 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | quartalsweise |
| 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

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|---------------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

| Nr. | Instrument und Maßnahme |
|------|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|--|
| Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | Das Krankenhaus hat einen Beratungsvertrag, im Sinne der Hygiene- und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (MedHygV), abgeschlossen. |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 4 | |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 23 | zusätzlich sind Hygienebeauftragte in der Abteilung Physiotherapie, ZSVA und MVZ benannt |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|----------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | jährlich |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|--|
| Funktion | Vorsitzender der Hygienekommission |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Dirk Hinz |
| Telefon | 03364/54-3150 |
| Fax | 03364/54-3158 |
| E-Mail | intensivmedizin@khehst.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie | |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe | |
|--|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| 1. Der Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe | Ja |
| b) Zu verwendende Antibiotika | Ja |
| c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe | Ja |
| 2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |
| 3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft | Ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektionsmittelverbrauch | |
|---|------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 33,40 ml/Patiententag |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen | |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben | Ja |
| - Händedesinfektionsmittelverbrauch | 139,40 ml/Patiententag |
| Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs | Ja |

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

| MRSA | |
|---|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Ja |

| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening | |
|---|----|
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) | Ja |

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-
Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|---|--|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS | Für CDAD und MRSA wird monatlich KISS analog ausgewertet |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: Teilnahme am regionalen MRSA-Netzwerk Oder-Spree Jährliche Teilnahme am KISS-Erfahrungsaustausch | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | 4x jährlich |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Bronze | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Lobe, Kritiken und Hinweise für Verbesserungen können von jedem Patienten mündlich, auf einem standardisierten Formular oder anonym mitgeteilt werden. Darüber hinaus sind auch Mitteilungen über den elektronischen Postweg möglich. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Eine verbindliche Verfahrensanweisung ist etabliert. Regelmäßige Auswertungen finden statt. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | In der bestehenden Verfahrensanweisung ist die Bearbeitung von schriftlichen Beschwerden geregelt. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | Zeitziele der Rückmeldungen sind mit 3 Tagen nach Eingang der Beschwerde angegeben (außer Wochenende und Feiertage). |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

| | |
|--------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | http://www.khehst.de |
| Kommentar | Auch die Einweiser nutzen den Weg der telefonischen oder schriftlichen Rückmeldungen. |

Regelmäßige Patientenbefragungen

| | |
|--------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | http://www.khehst.de |
| Kommentar | Die Ergebnisse der fortlaufenden Patientenbefragungen werden für alle Mitarbeiter zugänglich im QM- Portal dargestellt. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|-----------|--|
| Möglich | Ja |
| Link | http://www.khehst.de |
| Kommentar | Anonyme Meldungen sind möglich und werden erfasst. Sie fließen in die regelmäßigen Auswertungen ein. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Qualitäts- und Risikomanagerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau E. Purps |
| Telefon | 03364/54-3710 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Elke.Purps@khehst.de |

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement | |
|---|--|
| Funktion | Ärztlicher Qualitätsmanagementverantwortlicher |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. D. Hinz |
| Telefon | 03364/54-3151 |
| Fax | 03364/54-3158 |
| E-Mail | Dirk.Hinz@khehst.de |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements | |
|---|---|
| Link zum Bericht | http://www.khehst.de |
| Kommentar | Die Ansprechbarkeit ist jederzeit gegeben. Zuständigkeiten sind geregelt. |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

| Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher | |
|--|--|
| Funktion | Patientenfürsprecherin |
| Titel, Vorname, Name | Frau I. Kowalewski |
| Telefon | 03364/54-3719 |
| Fax | 03364/54-3705 |
| E-Mail | Patientenfürsprecher@khehst.de |

| Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern | |
|---|--|
| Kommentar | Die Patientenfürsprecherin ist jeden Donnerstag in der Zeit von 15.00 Uhr bis 16.00 Uhr im Raum S024b, Südflügel/Erdgeschoss für Hinweise, Lobmitteilungen oder Beschwerden für unsere Patienten, Angehörigen oder Besucher erreichbar. Ergebnisse von eingehenden Hinweisen fließen in die Gesamtbewertung zum Beschwerdemanagement ein. |

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

| Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe | |
|--|-----------------------------|
| Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | Ja - Arzneimittelkommission |

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

| Angaben zur Person | |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit |

| Verantwortliche Person AMTS | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Leitende Apothekerin |
| Titel, Vorname, Name | Frau Constanze Friedow |
| Telefon | 03364/54-3961 |
| Fax | 03364/77-22052 |
| E-Mail | constanze.friedow@khehst.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 2 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 2 |

| Erläuterungen |
|---|
| Das Personal der Krankenhausapotheke der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH betreut auch die Außenstellen mit. |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen

aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. 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 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, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) 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 bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|---------------|---|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | Zusätzlich sind im internen QM-Portal Checklisten zur Arzneimitteltherapie sicherheit hinterlegt. Die Zugänglichkeit rund um die Uhr ist in allen Kliniken gegeben. |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | | |
| 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) | Name: Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit vom Aktionsbündnis für Patientensicherheit Letzte Aktualisierung: 07.04.2018 | Weitere Verfahrensanweisungen: - die 10 "R" Regel, - Sichere Medikation, - Verkehr mit Arzneimitteln. |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Name: Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit vom Aktionsbündnis für Patientensicherheit Letzte Aktualisierung: 07.04.2018 | |
| 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®) | | Gelbe Liste im Internet, Ataxx (Apotheke), Pharmaindex (Kliniken) |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen | |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System) | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung | Risikominimierung durch Maßnahmen aus dem internen Fehlerberichtswesen. |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---|---|---------------|--|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja | Genutzt werden können die Leistungen der Klinik für Innere Medizin: Angiographien werden am Linksherz-Kathetermessplatz durchgeführt. Ein neu angeschaffter C-Bogen im OP ermöglicht auch gefäßdiagnostische Untersuchungen auf hohem Niveau mit DSA (Digitale Substraktions Angiographie). |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | Nutzung der Untersuchungsmethoden der radiologischen Praxis im Krankenhaus. |
| AA10 | Elektroenzephalographie gerät (EEG) | Hirnstrommessung | Nein | Interdisziplinäre Nutzung: Anzahl: 1 Gerät |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja | In unserem Krankenhaus werden im Rahmen eines Kooperationsvertrages in der Intensivmedizin 2 Dialysearbeitsplätze bereit gestellt. |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Nein | Die Nutzung der Untersuchungsmethoden erfolgt in der Radiologischen Praxis im Krankenhaus und ist durch einen Kooperationsvertrag geregelt. |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung | | Ja | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja | |

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|--|----------------------------------|
| Zugeordnete Notfallstufe | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein |

| Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt |
|--|
| Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe |

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

| | |
|---|------|
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses 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? | Ja |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Geriatrische Tagesklinik Guben

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die Klinik behandelt betagte Patienten mit alterstypischen Erkrankungen (innere Erkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems, Stoffwechselliden, Mobilisierung von Patienten mit Knochenbrüchen und Verletzungen sowie alterstypische Einschränkungen der psychischen Leistungsfähigkeit).

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--------------------------------|
| Fachabteilung | Geriatrische Tagesklinik Guben |
| Fachabteilungsschlüssel | 0260 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Herr M. Maciejewski |
| Telefon | 03364/54-3124 |
| Fax | 03364/54-3130 |
| E-Mail | geriatrie@khehst.de |
| Straße/Nr | Dr.-Ayrer-Straße 1-4 |
| PLZ/Ort | 03172 Guben |
| Homepage | http://www.khehst.de |

Pflegerische Ansprechpartnerin:
Frau G.Koch

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|---|
| VC01 | Koronarchirurgie | Rehabilitation nach herzchirurgischen Eingriffen. |
| VC03 | Herzklappenchirurgie | Rehabilitation nach herzchirurgischen Eingriffen. |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |

| | | |
|------|---|--|
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | Rehabilitation nach chirurgischen und neurochirurgischen Eingriffen. Konservative Therapie und Abklärung der Sturzursache |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | Rehabilitation nach orthopädischen und neurochirurgischen Eingriffen. |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | Rehabilitation nach orthopädischen Eingriffen. |
| VC63 | Amputationschirurgie | Rehabilitation nach Amputation im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. Anpassung und Versorgung der Prothesen. |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | siehe B-5.7 |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | -chronisches Cor pulmonale. Echokardiographie -Angio-CT -Doppler- und Duplexsonographie der Beinvenen- -Bronchoskopie |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | siehe B-5.7 |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | Doppler- und Duplexuntersuchung, Behandlung chronischer Wunden im Rahmen der pAVK, Protheseanpassung und Mobilisationstherapie nach Amputationen wegen pAVK. |

| | | |
|------|--|---|
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | Diagn. und Therapie von Thrombosen Venensystem, Venenkompressionssonographie, Umgebungsdiagnostik und Tumorsuche bei ideopathischen Thrombosen, Gerinnungsmanagement, Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz, des Phlebödems sowie des Lip- und Lymphödems. |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | Klinisch- neurologische Basisdiagnostik, bildgebende Diagnostik, Doppler- und Duplexsonographie der extracraniellen hirnversorgenden Gefäße, Liquorpunktion und - Diagnostik, Therapie durch speziell ausgebildete Therapeuten. |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | siehe B-5.7 |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | Labordiagnostik (Blut- und Urinalysen), bildgebende Diagnostik (Ultraschall, CT, CTAngio, MRT), Konservative Behandlung und Mitbehandlung von Dialysepatienten in Zusammenarbeit mit dem Dialysezentrum Eisenhüttenstadt. Nephrologische Mitbetreuung der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | Abklärung der Anämie und myeloproliferativen Erkrankungen. |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | Behandlung des Typ-2 Diabetes (Diagnostik, Einleitung- und Anpassung der Therapie). |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | siehe B-5.7 |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | siehe B-5.7 |

| | | |
|------|--|--|
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | Bildgebende Diagnostik (Sonographie, Kontrastmittel-CT), Parazentese, Zytodiagnostik, medikamentöse Behandlung der Aszites. |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | Labordiagnostik, Bildgebende Diagnostik (Sonographie, CT), ERCP in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin unseres Hauses, Konditionierung nach Operationen der Galle. |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | Klinische Basisdiagnostik, Bildgebende Diagnostik (Röntgen, CT), Funktionsdiagnostik (Spirometrie), Konservativ-medikamentöse Behandlung, Atemgymnastik, Konditionierung, Bronchoskopie. |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | Labordiagnostik der Erkrankungen aus dem rheumatischen Kreis, intensive Physiotherapie zwecks Verbesserung der Mobilität. |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | Diagnostik und Therapie aller oben genannten alterstypischer Erkrankungen mit den dort genannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren. |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | Klinische Basisdiagnostik von kognitiven und affektiven Störungen, einschließlich Einleitung der medikamentösen Therapie (Einstellung auf Antidementiva, Antidepressiva), Tests und Begleitung der Behandlung durch Psychologen, Behandlung akuter Verwirrheitszustände. |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | Basisdiagnostik der Autoimmunerkrankungen. |

| | | |
|------|---|--|
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | 24-Stunden-EKG, EKG, ECHO im Rahmen der Sturzdiagnostik. Medikamentöse Therapie der Herzrhythmusstörungen, einschließlich Einstellung auf die OAK oder DOAK. |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | Basisdiagnostik und Therapie unkomplizierter Gerinnungsstörungen. |
| VI35 | Endoskopie | siehe B-5.7 |
| VI38 | Palliativmedizin | Strukturierte Behandlung im Rahmen des Palliativteams und der palliativen Komplexbehandlung. |
| VI39 | Physikalische Therapie | Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung kommen verschiedene physikalische Therapien zum Einsatz. |
| VI40 | Schmerztherapie | Angepasste medikamentöse sowie physikalische Schmerztherapie. |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | Basisdiagnostik, bildgebende Diagnostik (CT, MRT, Duplex der hirnversorgenden Gefäße). |

| | | |
|------|---|--|
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | Diagnostik und Therapie aller oben genannten alterstypischen Erkrankungen mit den dort genannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren. |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation | Diagnostik und Therapie in Zusammenarbeit mit der Neurologin unseres Hauses, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | Bildgebende Diagnostik und konservative Behandlung der Arthropathien in Zusammenarbeit mit den Traumatologen unseres Hauses. |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | Bildgebende Diagnostik und konservative Behandlung der Krankheiten der Wirbelsäule, bei Bedarf neurologische und traumatologische Vorstellung. |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | Bildgebende Diagnostik und konservative Behandlung der Osteo- und Chondropathien. |
| VO14 | Endoprothetik | Rehabilitation nach Endoprothetikversorgung. |

| | | |
|------|---|--|
| VO19 | Schulterchirurgie | Rehabilitation nach OP der Schulter. |
| VO21 | Traumatologie | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erfolgt angepasst an die Belastbarkeit, funktionell ausgerichtet und orientiert am individuellen Bedürfnis des Patienten. |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | Basisdiagnostik der Niereninsuffizienz, bildgebende Diagnostik (Sonographie, CT) bei Abflussstörungen, bei Bedarf Hinzuziehung eines Urologen bzw. Nephrologen. |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | Klinische Basisdiagnostik von Blasen- und Prostataleiden, einschließlich Harninkontinenz, sonographische und CT-morphologische Diagnostik, bei Bedarf Hinzuziehen eines Urologen, Miktionstraining, Anlage von suprapubischen Blasenkathetern. |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 175 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | R26 | 105 | Störungen des Ganges und der Mobilität |
| 2 | M54 | 13 | Rückenschmerzen |
| 3 | F01 | < 4 | Vaskuläre Demenz |
| 4 | G20 | < 4 | Primäres Parkinson-Syndrom |
| 5 | G30 | < 4 | Alzheimer-Krankheit |
| 6 | H81 | < 4 | Störungen der Vestibularfunktion |
| 7 | I10 | < 4 | Essentielle (primäre) Hypertonie |

| | | | |
|----|-----|-----|---|
| 8 | I50 | < 4 | Herzinsuffizienz |
| 9 | I62 | < 4 | Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung |
| 10 | J18 | < 4 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 8-98a | 2218 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung |
| 2 | 9-984 | 90 | Pflegebedürftigkeit |
| 3 | 3-200 | 12 | Native Computertomographie des Schädels |
| 4 | 1-207 | < 4 | Elektroenzephalographie [EEG] |
| 5 | 1-440 | < 4 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 6 | 1-632 | < 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 7 | 3-203 | < 4 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--|
| Stationär | 1,2 | wird alternierend von den Ärzten der Geriatrie Eisenhüttenstadt übernommen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP01 | Basale Stimulation |
| ZP02 | Bobath |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.1.a *Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen*

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.1.b *Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)*

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.1.c *Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)*

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Trifft nicht zu.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|--|----------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 1 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 1 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 1 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.