

SAATMANN
Qualitätssicherung im Krankenhaus

Strukturierter Qualitätsbericht
Standort Guben

Berichtsjahr 2018

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.....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	30
B-1	Geriatrische Tagesklinik Guben.....	30
C	Qualitätssicherung	42
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	42
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	42
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	42
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 42	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	42
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 42	

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 43

D Qualitätsmanagement 44

D-1 Qualitätspolitik 44

D-2 Qualitätsziele 44

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 44

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements..... 44

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte..... 44

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 44

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Elke 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 Homepage 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 2018. Dieser Bericht hat eine gesetzlich vorgegebene Struktur und ist Teil der Gesamtberichterstattung der Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH.

Die demographische Entwicklung führt zu einer älter werdenden Bevölkerung. 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.

Unser Leitbild unter der Fragestellung "Möchtest du dein eigener Patient sein?" verdeutlicht, dass die Aktivitäten des Qualitätsmanagements mit hohen Anforderungen an jeden einzelnen Mitarbeiter gebunden sind. Durch ständige Reflexion der Arbeitsprozesse gelingt es, notwendige Verbesserungen für die uns anvertrauten Patienten zu erreichen.

Wir danken allen 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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH
Hausanschrift	Friedrich-Engels-Straße 39 15890 Eisenhüttenstadt
Telefon	03364/54-50
Fax	03364/54-3705
Postanschrift	Postfach 7255 15890 Eisenhüttenstadt
Institutionskennzeichen	261200286
Standortnummer	99
URL	http://www.khehst.de

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr Udo 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
Postanschrift:	Geriatrische Tagesklinik im Naemi-Wilke-Stift Dr.-Ayrer-Straße 1-4 03172 Guben
Institutionskennzeichen:	261200286
Standortnummer:	03
URL:	http://www.khehst.de

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr Udo 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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP06	Basale Stimulation
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
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/Psychosozialdiens
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen 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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link
NM67	Andachtsraum		http://www.khehst.de
NM02	Ein-Bett-Zimmer		http://www.khehst.de
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		http://www.khehst.de
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		http://www.khehst.de
NM42	Seelsorge		http://www.khehst.de
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,40€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,10€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€	http://www.khehst.de
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		http://www.khehst.de
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF24	Diätetische Angebote	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	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

Trifft nicht zu.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	354

A-10 Gesamtfallzahlen**Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle**

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	218
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses**A-11.1 Ärzte und Ärztinnen**

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

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 Fachärzte/innen insgesamt

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	

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologen(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal, wie z.B. Ergotherapeuten und Physiotherapeuten werden durch Mitarbeiter des Naemi Wilke Stift (Krankenhaus Guben/vertraglich geregelt) gestellt.

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 Elke 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, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung sowie der Verwaltungsleiter
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

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 Elke 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, Qualitäts- und Risikomanagerin, Sachgebietsleiterin Allgemeine Verwaltung sowie der Verwaltungsleiter
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

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: 03.05.2018
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: 02.02.2017
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	
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege" Datum: 10.12.2017

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patientensicherheit	farbige unterschiedliche Kennzeichnungen von Medikamentendispensers bei Namensgleichheiten

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.12.2017
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 *Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen*

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Das Krankenhaus hat einen Beratungsvertrag, im Sinne der Hygiene- und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (MedHygV), abgeschlossen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen 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

Hygienekommission Vorsitzender	
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 zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

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 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 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 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 Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen 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 Elke 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. Dirk 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.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

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

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen	
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 unser Patienten, Angehörigen oder Besucher erreichbar. Ergebnisse von eingehenden Hinweisen fließen in die Gesamtbewertung zum Beschwerdemanagement ein.

Patientenfürsprecher leisten mit ihrem ehrenamtlichen Engagement einen wesentlichen Beitrag, um die Patientenrechte in der klinischen Versorgung zu stärken. Frau Rabethge steht seit April 2017 den Patienten als Ratgeberin zur Seite.

Sprechstundenzeiten: Jeden Dienstag in der Zeit von 15.30 Uhr bis 16.30 Uhr.

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
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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Zusätzlich sind im internen QM-Portal Checklisten zur Arzneimitteltherapiesicherheit 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	Weitere Verfahrensanweisungen: - die 10 "R" Regel, - Sichere Medikation, - Verkehr mit Arzneimitteln.
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit vom Aktionsbündnis für Patientensicherheit	
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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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		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, Stoffwechselleiden, 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

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Mariusz 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

Für weitere Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:

Oberarzt Radoslaw Wisniewski
Oberarzt Dipl.-Med. Ralf Stahl

Pflegerische Leitungen:

Frau Beate Scholz
Frau Andrea Schwarz

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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 hirnersorgenden 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 Blasenkatetern.

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	218

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R26	68	Störungen des Ganges und der Mobilität
2	M54	18	Rückenschmerzen
3	I50	11	Herzinsuffizienz
4	I63	6	Hirnfarkt
5	M48	6	Sonstige Spondylopathien
6	M17	5	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
7	S32	5	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	S72	5	Fraktur des Femurs
9	G30	4	Alzheimer-Krankheit
10	M15	4	Polyarthrose

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	3304	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
2	9-984	119	Pflegebedürftigkeit
3	3-200	24	Native Computertomographie des Schädels
4	1-632	4	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
5	3-203	4	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6	1-207	< 4	Elektroenzephalographie (EEG)
7	1-266	< 4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
8	1-440	< 4	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
9	1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie
10	3-202	< 4	Native Computertomographie des Thorax

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 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

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 Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

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 Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

C-5.2.6 Übergangsregelung

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	1
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	1

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-2 Qualitätsziele

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.