

SAATMANN
Qualitätssicherung im Krankenhaus

Strukturierter Qualitätsbericht
Geriatrische Tagesklinik Guben

Berichtsjahr 2019

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	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	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung	27
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 28	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	29
B-1	Geriatrische Tagesklinik Guben	29
C	Qualitätssicherung	40
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	40
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	40
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 40	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	40
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	40
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 40	

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	41
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	41

- 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 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 2019. 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 verbunden sind. Durch ständige Reflexion der Arbeitsprozesse gelingt es, 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. (krankenhaus-eisenhuettenstadt@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
Zentrales 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. 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
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. 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

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/Psychosozialdienst
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

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	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
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

Trifft nicht zu.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	354

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	266
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**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	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**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	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

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 Elke Purps
Telefon	03364/54-3710
Fax	03364/54-3705
E-Mail	Elke.Purps@khehst.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium	
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: 03.09.2019
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	
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	quartalsweise

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
Krankenhaustygienikerinnen 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 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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe 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 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.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Iris 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.

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
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 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 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	<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	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

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

Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen:	Ja
---	----

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

Für weitere Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:
Oberarzt Radoslaw Wisniewski

Pflegerische Leitungen:
Frau Beate Scholz
Frau Andrea Schwarz

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 Blasenkatetern.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	266

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R26	47	Störungen des Ganges und der Mobilität
2	M54	33	Rückenschmerzen
3	I50	21	Herzinsuffizienz
4	G30	11	Alzheimer-Krankheit
5	G20	10	Primäres Parkinson-Syndrom
6	S32	10	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	S72	9	Fraktur des Femurs
8	M48	8	Sonstige Spondylopathien
9	I63	7	Hirnfarkt
10	S42	7	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes

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	3466	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
2	9-984	146	Pflegebedürftigkeit
3	3-200	23	Native Computertomographie des Schädels
4	1-440	5	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
5	1-632	5	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
6	3-203	5	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	1-207	< 4	Elektroenzephalographie (EEG)
8	1-760	< 4	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
9	3-100	< 4	Mammographie
10	3-206	< 4	Native Computertomographie des Beckens

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

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-5.2.6 Übergangsregelung

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	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

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.