



SRH Tagesklinik Eisenberg

Strukturierter Qualitätsbericht

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	3
	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	10
A-11	Personal des Krankenhauses	10
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2	Pflegepersonal	10
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1	Qualitätsmanagement	11
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	12
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	19
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	21
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	21
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der	22

	Regelungen zu den Notfallstrukturen)	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1]	Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)	24
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	25
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	25
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].11	Personelle Ausstattung	27
C	Qualitätssicherung	30
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	30
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	30
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	34
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-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	41

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
auch im Jahr 2021 stand das Gesundheitswesen unter dem Einfluss der Corona-Pandemie. Die Auswirkungen sind weiterhin deutlich spürbar. In unseren gemeinnützigen zwölf Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und mehreren medizinischen Versorgungszentren an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt haben wir mit 10.900 Mitarbeitern rund 1.260 Mio. Patient:innen betreut.

Im Zentrum unseres Handelns steht, qualitativ hochwertige Medizin und Menschlichkeit so miteinander zu verbinden, dass für unsere Patienten ein Höchstmaß an menschlicher Zuwendung und medizinischem Nutzen entsteht. Die ganzheitliche Einbeziehung unserer Patient:innen, Angehörigen und Kooperationspartnern in unsere Versorgungsprozesse ist fest in unserer Strategie verankert.

Wir setzen nicht nur die gesetzlichen Anforderungen um, sondern gehen mit zentral festgelegten Mindeststandards und eigenen Zielen für Qualität und Patientensicherheit noch darüber hinaus und nutzen unseren intern entwickelten Kennzahlenkatalog als ein Führungsinstrument. Werkzeuge zur Erhöhung der Patientensicherheit, wie OP-Sicherheitschecklisten, Zertifizierungen durch Fachgesellschaften und Einsatz von Medikationssoftware sind für uns eine Selbstverständlichkeit.

Mit freiwillig durchgeführten Sicherheitsaudits in den Hochrisikobereichen messen wir die Sicherheit der Patient:innen an unseren Klinikstandorten. Dabei setzen wir konsequent auf das Best Practice Modell.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Überblick über unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hochwertigen Patientenversorgung in den SRH Kliniken überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Cindy Ziegenberg
Telefon	0365 828 8105
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Cindy.ziegenberg@srh.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. MBA Uwe Leder
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	uwe.leder@srh.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tagesklinik/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	SRH Psychiatrische Tagesklinik Eisenberg
PLZ	07607
Ort	Eisenberg
Straße	Carl-von-Ossietzky-Straße
Hausnummer	32
IK-Nummer	261600543
Standort-Nummer	773691000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	036691
Telefon	247970
E-Mail	tagesklinik.eisenberg@srh.de
Krankenhaus-URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tagesklinik/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. MBA Uwe Leder
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	uwe.leder@srh.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. MBA Reiner Oberbeck
Telefon	0365 828 3601
Fax	0365 828 3602

E-Mail	reiner.oberbeck@srh.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pflegewirtin (FH) Karen Reichl
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	karen.reichl@srh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	SRH Kliniken GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja
--	----

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
3	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
4	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
5	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
6	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
7	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
8	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
9	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe</i>
10	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
11	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
12	MP63 - Sozialdienst

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Leitende Ärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Katharina Anger
Telefon	0365 828 4545
Fax	0365 828 4546
E-Mail	mzeb.wkg@srh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
	<i>z.B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
4	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
5	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
8	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
9	BF25 - Dolmetscherdienst
	<i>z.B. Türkisch</i>
10	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	<i>z.B. Russisch, Englisch</i>
11	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
12	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	0
---------------	---

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	67
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				1,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,74

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				0,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,37

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				1,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,57

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				0,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				0,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Cindy Ziegenberg
Telefon	0365 828 8105
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Cindy.ziegenberg@srh.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
---	----

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Die Weiterentwicklung des QM ist ein Themenschwerpunkt in Beratungen der Betriebsleitung. Das Gremium setzt sich aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung und QMB zusammen. Themenbezogen wird die Fachexpertise weiterer Verantwortlicher gehört und in die Entscheidung einbezogen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Die Steuerungsgruppe Risikomanagement setzt sich aus QMB/Verantwortlicher RM, 2 OÄ aus Risikobereichen, Leiter Apotheke, 1 VPDL, MA Verwaltung, Hygienefachkraft, MA Projektmanagement IT Klinisches Arbeitsplatzsystem und 1 Vertreter des Betriebsrates zusammen.
--	---

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
9	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
12	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	
☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	
☒ Qualitätszirkel	

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Kein eigenes Personal am Standort der Psychiatrischen Tagesklinik.

Hygienekommission und Begehungen sind durch das Personal des SRH Wald Klinikum Gera gewährleistet.

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Kontakt Daten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor am Standort SRH Wald-Klinikum Gera
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reiner Oberbeck

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Kein Einsatz von ZVK
---------	----------------------

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl	Keine Durchführung von Operationen
---------	------------------------------------

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja
--	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	38
---	----

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Keine Intensivstation vorhanden
---	---------------------------------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja
---------	----

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
<i>Eine regelmäßige Auswertung des Desinfektionsmittelverbrauches in bereichsbezogener Darstellung durchgeführter Händedesinfektionen wird quartalsweise öffentlich kommuniziert.</i>	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Nein
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SRH Wald Klinikum Gera Standortübergreifend
Titel, Vorname, Name	Kerstin Gaese
Telefon	0365 828 1758
Fax	0365 828 8702
E-Mail	kerstin.gaese@srh.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher Psychiatrie
Titel, Vorname, Name	Peter Kassler
Telefon	0365 828 4601
E-Mail	patientenfuersprecher.psychiatrie@srh.de

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

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefapothekerin Standortübergreifend SRH Wald Klinikum Gera
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Manuela Pertsch
Telefon	0365 828 6400
Fax	0365 828 6414
E-Mail	Manuela.pertsch@srh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	5
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	9
Erläuterungen	Standortübergreifend SRH Wald Klinikum Gera

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- ☒ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- ☒ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- ☒ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- ☒ Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- ☒ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- ☒ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- ☒ Aushändigung des Medikationsplans
- ☒ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA 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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Am Standort der Psychiatrischen Tagesklinik - keine Notfallversorgung.

Stufen der Notfallversorgung

- ☒ Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.
---------	---

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)



PD Dr. med. Silke Wetzel

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachabteilungsärztin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Silke Wetzel
Telefon	036691 247970
Fax	036691 247979
E-Mail	tagesklinik.eisenberg@srh.de
Strasse	Carl-von-Ossietzky-Straße
Hausnummer	32

PLZ	07607
Ort	Eisenberg
URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tage-sklinik/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
2	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	67

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1840
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	176
3	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	170
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	23
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	21

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	

B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
4	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
5	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
6	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
8	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
9	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		1,74	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,74
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,74	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				39
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		5,37	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,37

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss			
1	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie			

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		1,57	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,57	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,57
-----------------	----------	---	-----------	------

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		0,2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,2

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,4	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,4

C Qualitätssicherung

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet und nicht standortbezogen.

Fallzahl	201
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Fallzahl	35
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Fallzahl	51
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Fallzahl	74
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Fallzahl	345
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Fallzahl	820
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
143	
Dokumentationsrate	100.7
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.
Fallzahl	259
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
656	
Dokumentationsrate	99.09
Anzahl Datensätze Standort	0

Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
Fallzahl	428
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
391	
Dokumentationsrate	100.26
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
38	
Dokumentationsrate	97.37
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
308	
Dokumentationsrate	99.35
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
280	
Dokumentationsrate	99.64
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
28	
Dokumentationsrate	96.43
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet.
184	

Dokumentationsrate	99.46
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.
661	
Dokumentationsrate	99.39
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,13 - 96,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	True

Einheit	%
Bundesergebnis	98,98
Vertrauensbereich bundesweit	98,94 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,7
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

letzten Qualitätsbericht

4. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Einheit	%
Bundesergebnis	0,31
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,43
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Einheit	%

Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

6. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

7. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Bundesergebnis	1,04

Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,32 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Einheit	%
Bundesergebnis	96,92
Vertrauensbereich bundesweit	96,69 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen

Ergebnis-ID

Leistungsbereich	16/1 -
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Sortierung	0
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	False
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

--	--

Referenzbereich	<= 3,23 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
1	Brustkrebs
2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
3	Diabetes mellitus Typ 1
4	Diabetes mellitus Typ 2
5	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	5
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	5
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

