

2018

Referenzbericht

Tagesklinik Fürstenwalde

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3
SGB V über das Jahr 2018

Übermittelt am: 14.11.2019
Automatisch erstellt am: 26.02.2020



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese **maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML)**, einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|----|
| - | Einleitung | 3 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 4 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 4 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 5 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 5 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 6 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 6 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 7 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 7 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 8 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 8 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 9 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 9 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 13 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 23 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 24 |
| B-1 | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik | 24 |
| C | Qualitätssicherung | 32 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 32 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 35 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 35 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 35 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 35 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 35 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 36 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 36 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 36 |

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanager
Titel, Vorname, Name: Frank Oppermann
Telefon: 033638/83230
E-Mail: frank.oppermann@immanuelalbertinen.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Alexander Mommert
Telefon: 033638/83201
E-Mail: alexander.mommert@immanuelalbertinen.de

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <https://psychiatrie.immanuel.de/einrichtung/versorgungsbereiche/tagesklinik-fuerstenwalde/>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://psychiatrie.immanuel.de>

| Link | Beschreibung |
|---|--|
| https://poliklinik.immanuel.de | Website der Poliklinik Rüdersdorf |
| https://immanuel.de | Website der Immanuel Albertinen Diakonie |
| https://ruedersdorf.immanuel.de | Website der Immanuel Klinik Rüdersdorf |
| https://www.youtube.com/user/ImmanuelDiakonie | YouTube-Kanal der Immanuel Diakonie |
| https://ich-immanuel-blog.de | Blog der Immanuel Albertinen Diakonie |

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Immanuel Klinik Rüdersdorf
Hausanschrift: Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf bei Berlin
Postanschrift: Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf bei Berlin
Institutionskennzeichen: 261200402
Standortnummer: 99
URL: <http://ruedersdorf.immanuel.de>

Ärztliche Leitung

Position: Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze; Chefarzt Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Ltd. Chefarzt der Immanuel Klinik Rüdersdorf; Professor für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Martin Heinze
Telefon: 033638/83500
E-Mail: martin.heinze@immanuelalbertinen.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Dipl.-KS Rosmarie Klemm
Telefon: 033638/83203
E-Mail: Rosmarie.Klemm@immanuelalbertinen.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Alexander Mommert
Telefon: 033638/83201
E-Mail: Alexander.Mommert@immanuelalbertinen.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Tagesklinik Fürstenwalde
Hausanschrift: Heinrich-Heine-Str. 43
15517 Fürstenwalde
Postanschrift: Heinrich-Heine-Str. 43
15517 Fürstenwalde
Institutionskennzeichen: 261200402
Standortnummer: 03
URL: <http://psychiatrie.immanuel.de/einrichtung/versorgungsbereiche/tagesklinik-fuerstenwalde/>

Ärztliche Leitung

Position: Oberärztin in der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.
Titel, Vorname, Name: Cornelia van Stigt
Telefon: 03361/36970
E-Mail: Cornelia.van-stigt@immanuelalbertinen.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Dipl.-KS Rosmarie Klemm
Telefon: 033638/83203
E-Mail: Rosmarie.Klemm@immanuelalbertinen.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Alexander Mommert
Telefon: 033638/83201
E-Mail: Alexander.Mommert@immanuelalbertinen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH
Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Ja
Name Universität: Für die Fachabteilung Psychiatrie: Hochschulklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Ja

Regionale Versorgungsverpflichtung: Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------------|--|---|
| MP02 | Akupunktur | Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | div. Angebote der Fachabteilungen |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | zertifiziert, als "Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG) |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Progressive Muskelentspannung, Feldenkrais |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Psychoseseminar und in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|---|
| MP63 | Sozialdienst | psychosoz. Patienten- u. Angehörigenberatung, Krisenberatung, sozialrechtl. Beratung SGB I-XII, Gruppenarbeit schwer chronisch Kranker, Beratung Eilbetreuung, Vorsorgevollmacht u. Patientenverfügung, Existenzsicherung, Komplementäre Versorgung, Organisation amb. Hilfeleistungen, Präventionsberatung |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | Mutter-Kind-Therapiesetting möglich |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | mit Pflegeeinrichtungen des Trägers und anderen Einrichtungen |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|-------------------------------------|---------------|------|-----------|
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | | |

Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|------------------|---------------|------|-----------|
| NM50 | Kinderbetreuung | | | |

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

| Nr. | Leistungsangebot | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|--|---------------|------|-----------|
| NM42 | Seelsorge | | | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen | | | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Als Hochschuleinrichtung: Ausbildung von Medizinstudierenden in allen Studienabschnitten |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | |
| FL06 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien | |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher | |
| FL09 | Doktorandenbetreuung | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|-----------|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin | |
| HB03 | Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin | |
| HB06 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin | |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 20

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 267

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,8 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,3 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,5 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,5 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,5 | |

| Belegärzte und Belegärztinnen | | |
|-------------------------------|---|--|
| Anzahl | 0 | |

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,5 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,7 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,37 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

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

| Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,4 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG) | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 | |

| Ergotherapeuten | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten | | |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,38 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,38 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,38 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12 **Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

A-12.1 **Qualitätsmanagement**

A-12.1.1 **Verantwortliche Person**

Position: Qualitätsmanager
Titel, Vorname, Name: Frank Oppermann
Telefon: 033638/83230
E-Mail: frank.oppermann@immanuelalbertinen.de

A-12.1.2 **Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: Gremium 1: Die Klinikleitung (Geschäftsführung, Pflegedirektorin, Leitender Chefarzt und stellvertretende leitende Chefärztin), Gremium 2: Die Qualitätsmanager der Immanuel Albertinen Diakonie
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

A-12.2.1 **Verantwortliche Person Risikomanagement**

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Alexander Mommert
Telefon: 033638/83201
E-Mail: alexander.mommert@immanuelalbertinen.de

A-12.2.2 **Lenkungsgremium Risikomanagement**

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: Gremium 1: Die Klinikleitung (Geschäftsführung, Pflegedirektorin, Leitender Chefarzt und stellvertretende leitende Chefärztin), Gremium 2: Risikosteuerungsgruppe (Fachexperten der Klinik), Gremium 3: Die Qualitätsmanager der Immanuel Albertinen Diakonie
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Managementhandbuch der Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH. vom 30.03.2019 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Managementhandbuch der Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH. vom 30.03.2019 |
| RM05 | Schmerzmanagement | SOP Postoperative Schmerztherapie, Merkblatt Metamizol, SOP Periduralanalgesie in der Geburtshilfe, VA Anwendung von Mezamizol vom 26.11.2018 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Sturzprophylaxe Grundstandard, Sturzprophylaxe - Maßnahmen nach einem Sturz vom 07.05.2019 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Prophylaxe Dekubitus-Grundstandard, Dekubitus ADM-Auswahl, Dekubitus Klassifikationssystem, Risikoeinschätzung nach Braden vom 16.05.2019 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | VA Freiheitsentziehende Maßnahmen vom 03.12.2015 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Managementhandbuch der Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH. VA zum Betrieb und zur Anwendung von Medizinprodukten. Alle Dokumente werden den Mitarbeitern seit 2013 in Form eines elektronischen Dokumentenmanagementsystems zur Verfügung gestellt. vom 30.03.2019 |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Qualitätszirkel Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Alterstraumatologie, Schmerztherapie, Neurologie, Qualitätszirkel Radiologie |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust | OP-Checkliste Patientensicherheit vom 02.10.2019 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | OP-Checkliste Patientensicherheit, VA Tumorkonferenz, Fachabteilungshandbücher vom 02.10.2019 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | VA Patientenidentifikationsarmbänder vom 30.07.2019 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | SOP der ITS und IMC, Managementhandbuch der Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH. vom 30.03.2019 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Managementhandbuch der Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH. vom 30.03.2019 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja

eingrichtet:

Tagungsfrequenz: monatlich

Maßnahmen:

2015 Einführung eines elektronischen Meldesystems, 2017: Maßnahmen zur Medikamentensicherheit abgeleitet. 2018: Maßnahmen zur Sicherstellung der Insulinversorgung abgeleitet. Halbjährliche Schulung der Mitarbeiter zum CIRS.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|---|--|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 24.01.2018 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | halbjährlich |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: jährlich

| Nr. | Erläuterung |
|------|---|
| EF00 | CIRSmedical: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Organisation: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin |

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Leitender Chefarzt, Chefarzt der Fachabteilung Psychiatrie
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Martin Heinze
 Telefon: 033638/8350-1
 E-Mail: martin.heinze@immanuelalbertinen.de

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|--|
| Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen | 1 | |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 1 | pro Fachabteilung ist eine Ärztin/Arzt als Ansprechpartner für Belange der Hygiene benannt |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 3 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 | 1x im Monat Besprechung der Hygienebeauftragten |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| Hygienestandard ZVK | |
|---|----|
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion | ja |
| Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ja |
| Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen | |
| sterile Handschuhe | ja |
| steriler Kittel | ja |
| Kopfhaube | ja |
| Mund Nasen Schutz | ja |
| steriles Abdecktuch | ja |
| Venenverweilkatheter | |
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

| Antibiotikatherapie | |
|--|------|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | nein |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: | ja |

| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe | |
|--|----|
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft | ja |
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel | |
|--|----|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor | ja |
| Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Haendedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|-----|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 29 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 132 |

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

| MRE | |
|---|----|
| Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten | ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|-------------------|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND_KISS | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Silber | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | Durch den Dienstleister |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | Hygienebasisschulungen und Veranstaltungen zu aktuellen Hygienethemen |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|------|---|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | ja | Es erfolgt zusätzlich zum strukturierten Beschwerdemanagement eine kontinuierliche Befragung aller Patientinnen und Patienten. Die Befragung wird monatlich ausgewertet. |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ja | Verfahrensweisung vom 03.02.2016, aktualisiert 9.5.2016 |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ja | Verfahrensweisung vom 03.02.2016, aktualisiert 9.5.2016 |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ja | Verfahrensweisung vom 03.02.2016, aktualisiert 9.5.2016 |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | Verfahrensweisung vom 03.02.2016, , aktualisiert 9.5.2016 Innerhalb von 14 Tagen soll die Annahme der Beschwerde bestätigt werden. |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Für anonyme Beschwerden steht ein Briefkasten des Beschwerdemanagements zur Verfügung. |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | - Zweijährliche Patientenbefragung durch ein externes Institut. Letzte Befragung Nov. 2016 - kontinuierliche Befragung aller Patientinnen und Patienten mittels Fragebogen, Auswertung durch das Beschwerdemanagement |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | nein | |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Lob- und Beschwerdemanagement
 Titel, Vorname, Name: Ulrike Thomas
 Telefon: 033638/83221
 E-Mail: ruedersdorf.beschwerdemanagement@immanuel.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Kommentar: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecherin der somatischen Fachabteilungen
Titel, Vorname, Name: Carmen Kalberg
Telefon: 033638/83200
E-Mail: ruedersdorf.patientenfuehrsprecher@immanuel.de

Position: Patientenfürsprecher der Fachabteilung Psychiatrie
Titel, Vorname, Name: Peter Grollich
Telefon: 033638/83205
E-Mail: patientenfuehrsprecher.psychiatrie@immanuel.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Jeweils eine Person für die somatischen Fachabteilungen und die Hochschulklinik für Psychiatrie.

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: — ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Leitender Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name: | Prof. Martin Heinze |
| Telefon: | 033638/8500 |
| Fax: | 033638/8506 |
| E-Mail: | martin.heinze@immanuelalbertinen.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|--|------------------------------|
| Anzahl Apotheker: | 4 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 6 |
| Erläuterungen: | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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.

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung 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-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|---|---------------|--|
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | ja | In Kooperation mit der Praxis für Radiologie in der Klinik. |
| AA10 | Elektroenzephalographiergerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | ja | In Kooperation mit der Fachabteilung Innere Medizin in der Klinik. |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | ja | In Kooperation mit der Klinik. |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | ja | In Kooperation mit der Praxis für Radiologie in der Klinik. |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | ja | In Kooperation mit der Klinik. |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik"

Fachabteilungsschlüssel: 2960
 Art: Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik

Ärztliche Leitung

Chefarzt oder Cheförztn:

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Martin Heinze
 Telefon: 033638/83500
 E-Mail: martin.heinze@immanuelalbertinen.de
 Anschrift: Seebad 82/83
 15562 Rüdersdorf
 URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|---|
| VP00 | Sonstiges | Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen Schwerpunkt Borderline (DBT) |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| | | |
|------|---|--|
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette | |

Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 267

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|--------------|---|
| Ambulanzart: | Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V(AM12) |
| Kommentar: | Vertrag nach §64 SGB V (Modellvorhaben) |

| | |
|--------------|--|
| Ambulanzart: | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V(AM11) |
| Kommentar: | |

| | |
|--------------|---|
| Ambulanzart: | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02) |
| Kommentar: | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| | |
|----------------------|---|
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) |
| Angebotene Leistung: | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) |
| Angebotene Leistung: | Spezialsprechstunde (VP12) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hauptabteilung:

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,8 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,3 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,5 | |
| Fälle je Vollkraft | | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,5 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,5 | |
| Fälle je Vollkraft | | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------------|--|------------------|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---------------------------------|-----------|
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,5 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,7 | |
| Fälle je Anzahl | | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

| Medizinische Fachangestellte | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,37 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |
| Fälle je Anzahl | | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------------|---|------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station / eines Bereiches | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------------|----------------------------|------------------|
| ZP06 | Ernährungsmanagement | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,4 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 1 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1 | |

Ergotherapeuten

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt) | 2 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 2 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,38 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,38 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,38 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0 | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,88 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,88 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,88 | |

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Geburtshilfe (16/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Mammachirurgie (18/1) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) (HCH) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | HCH | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | HCH | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 0 | HEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | 0 | HEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | HTXM | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | HTXM | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 0 | KEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE) | 0 | KEP | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Neonatologie (NEO) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX) | 0 | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

C-1.2.[-] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Über § 136a SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen.

- Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt
- Es wurde am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teilgenommen.
- Der klärende Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie wurde abgeschlossen.

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|-------|---|-------------------|
| 1 | Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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. | 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. 3] | 1 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 1 |

- Diagnosen zu B-1.6

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- Prozeduren zu B-1.7

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Wegelystr. 8, 10623 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).