



2019

Referenzbericht

Kreiskrankenhaus Ronneburg

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 2019

| | |
|--------------------------|------------|
| Übermittelt am: | 12.11.2020 |
| Automatisch erstellt am: | 03.03.2021 |
| Layoutversion vom: | 10.05.2021 |
| 2. Version erstellt am: | 31.05.2021 |



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 | 4 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 5 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 5 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 5 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| 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 | 8 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 9 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 10 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 11 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 19 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 30 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 30 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 32 |
| B-1 | Geriatric | 32 |
| B-2 | Geriatric/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) | 40 |
| C | Qualitätssicherung | 44 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 44 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 55 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 55 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 56 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 56 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 57 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 57 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 58 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 61 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 66 |



- Diagnosen zu B-2.6 67
- Prozeduren zu B-2.7 67

- **Einleitung**

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Pflegedienstleitung/ Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Dipl. Pflegewirtin Steffi Vogel
Telefon: 036602/55-100
Fax: 036602/55-203
E-Mail: s.vogel@krankenhaus-ronneburg.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. Clemens Schmitz
Telefon: 036602/55-201
Fax: 036602/55-203
E-Mail: post@krankenhaus-ronneburg.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.krankenhaus-ronneburg.de>
Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Kreiskrankenhaus Ronneburg
Hausanschrift: Rudolf-Breitscheid-Platz 1
07580 Ronneburg
Postanschrift: Rudolf-Breitscheid-Platz 1
07580 Ronneburg
Institutionskennzeichen: 261600565
Standortnummer: 00
URL: <http://www.krankenhaus-ronneburg.de>
Telefon: 036602/55-0

Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Ralf Oswald
Telefon: 036602/55-301
Fax: 036602/55-306
E-Mail: arztpost@krankenhaus-ronneburg.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung/ Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Pflegerin (FH) Steffi Vogel
Telefon: 036602/55-100
Fax: 036602/55-203
E-Mail: s.vogel@krankenhaus-ronneburg.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. Clemens Schmitz
Telefon: 036602/55-201
Fax: 036602/55-203
E-Mail: post@krankenhaus-ronneburg.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Kreiskrankenhaus Ronneburg, Fachklinik für Geriatrie GmbH
Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein

Lehrkrankenhaus: Nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein

Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------------|--|------------------|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|---|-----------|
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Besondere Ausstattung des Krankenhauses | | | |
|---|--|------|--|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Fernsehen steht kostenfrei zur Verfügung, WLAN Nutzung ist kostenfrei möglich, Tresor im Zimmer (auch Möglichkeit einer zentralen Verwaltung der Wertsachen), Telefon am Bett (1€ pro Tag), kostenfreie Parkplätze, Bewegungsbad, große Aufenthaltsbereiche für Patienten und deren Angehörige |

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|---|------|--|
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | Für Begleitpersonen stehen Gästezimmer zur Verfügung. |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | Die hauseigene Küche berücksichtigt entsprechende Wünsche. |
| NM68 | Abschiedsraum | | |

Patientenzimmer

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|-----------|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Assistentin der Geschäftsführung
 Titel, Vorname, Name: Mandy Achs
 Telefon: 036602/55-201
 Fax: 036602/55-203
 E-Mail: achs@krankenhaus-ronneburg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |

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

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |



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

| | | |
|------|---|--|
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|--------------------|
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | russisch, arabisch |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|------------------------------|-----------|
| BF24 | Diätische Angebote | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------------|---|------------------|
| FL02 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------------|---|--|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | In Kooperation mit Berufsschulen im Rahmen der Ausbildung. |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | In Kooperation mit Berufsschulen im Rahmen der Ausbildung. |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | In Kooperation mit Berufsschulen im Rahmen der Ausbildung. |
| HB12 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) | In Kooperation mit Berufsschulen im Rahmen der Ausbildung. |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | In Kooperation mit Berufsschulen im Rahmen der Ausbildung. |

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 114

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 1645

Teilstationäre Fallzahl: 54

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,76 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,76 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,76 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,39 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,39 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,39 | |

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

Ärztinnen und Ärzte, 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 Fachärztinnen und Fachärzte (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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 39,41 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 39,41 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 39,41 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, 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 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 15,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 15,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 15,7 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 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 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,23 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,23 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,23 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, 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 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,04 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,04 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,04 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, 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 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,5 | |

Medizinische Fachangestellte, 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 | |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 Diätassistentin und Diätassistent

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

SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,37 | |

SP14 Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

| | | |
|---|------|--|
| 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 | |

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 10,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 10,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 10,5 | |

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,75 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,75 | |

SP27 Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

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

SP28 Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 38,4 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 38,4 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 38,4 | |

SP42 Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,5 | |

SP43 Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,75 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,75 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,75 | |

SP56 Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,5 | |

SP60 Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

| | | |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,7 | |

SP61 Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 26,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 26,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 26,5 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Pflegedienstleitung/ Qualitätsmanagemet
Titel, Vorname, Name: Dipl. -Pflegerwirt Steffi Vogel
Telefon: 036602/55-100
Fax: 036602/55-203
E-Mail: s.vogel@krankenhaus-ronneburg.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen: Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement,
Funktionsbereiche: Therapeuten, Sozialdienst
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Pflegedienstleitung/ Qualitätsmanagemet
Titel, Vorname, Name: Dipl. -Pflegerwirt Steffi Vogel
Telefon: 036602/55-100
Fax: 036602/55-203
E-Mail: s.vogel@krankenhaus-ronneburg.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen: Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement,
Funktionsbereiche: Therapeuten, Sozialdienst
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Notfall -und Geräte vom 24.04.2020 |
| RM05 | Schmerzmanagement | 8.1 Schmerz vom 16.11.2019 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Verfahrensweisung Nationaler Expertenstandard Sturz und Sturzprophylaxe vom 16.11.2019 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Arbeitsanweisung Pflege: Dekubitusprophylaxe (Nr. 2906) vom 06.03.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | 2.11 Freiheitseinschränkende Maßnahmen/ Fixierung vom 30.09.2019 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Wöchentliche Teambesprechung (Teilnehmer: ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst, Psychotherapeut) zur Evaluierung des Behandlungserfolgs bei jedem Patient. |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Entlassmanagement (Nr. 1956) vom 31.05.2019 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja
 eingerichtet:
 Tagungsfrequenz: monatlich
 Maßnahmen: Patientenarmband, Fallbesprechungen, Umsetzung bestimmter Expertenstandards, Checklisten

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|---|--|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 03.12.2019 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | quartalsweise |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Ralf Oswald
 Telefon: 036602/55-301
 Fax: 036602/55-306
 E-Mail: arztpost@krankenhaus-ronneburg.de

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|--|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker | 1 | Extern vom BZH (Dt. Beratungszentrum für Hygiene) |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | Extern vom BZH (Dt. Beratungszentrum für Hygiene) |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 3 | Zusätzlich 4 weitere Hygienebeauftragte aus den übrigen Abteilungen (also insgesamt 7). Zudem ist im Kreiskrankenhaus ein Hygieneteam tätig. |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaprofylaxe Antibiotikatherapie

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

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe nicht nötig ist.

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 Wundauflage | ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|---|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 22,30 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist. |

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 Besiedlung 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) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|------|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ja | Die Mitarbeiter/innen können – anonym oder mit ihrem Namen – schriftlich ihre Meinungen zu betrieblichen Abläufen und Vorgängen äußern. Die aufgezeigten Probleme bzw. Fragen werden von der Krankenhausleitung beantwortet. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | Der Beschwerdeführer bekommt innerhalb von 48h eine Rückmeldung zur Eingangsbestätigung und zum weiteren Vorgehen. Die Bearbeitung bzw. Abschluss der Beschwerde erfolgt zeitnah. |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Die Patienten haben die Möglichkeit, sich auf dem Patientenfragebogen schriftlich über Ihren Krankenhausaufenthalt zu äußern. Die Kontaktaufnahmen mit dem Patienten erfolgt auf freiwilliger Angabe von Name und Telefonnummer. Ein Patientenbriefkasten für Hinweise und Anregungen aber auch für Lob steht auf jeder Station zur Verfügung. |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | Die Auswertung erfolgt monatlich und eine Ergebnisdarstellung quartalsweise. |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | nein | Die Gespräche erfolgen durch direkte Kontakte zu den Einweisern durch unseren Chefarzt. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: PDL/ Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Steffi Vogel
Telefon: 036602/55-100
E-Mail: s.vogel@krankenhaus-ronneburg.de

Position: ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Dr. Ralf Oswald
Telefon: 036602/55-301
E-Mail: post@krankenhaus-ronneburg.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: externe Person
Titel, Vorname, Name: Frau Cornelia Stoppel
Telefon: 036602/55-201
E-Mail: patienten@krankenhaus-ronneburg.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Als unabhängige / externe Person steht sie den Patienten und Angehörigen bei auftretenden Problemen oder Beschwerden zur Seite. Sie nimmt Kontakt zu den entsprechenden Stellen der Klinik auf und sucht nach Lösungen.

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

| | |
|---|--|
| Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe: | Arzneimittelberatungsgruppe im Rahmen der Antibiotika- und Hygienekommission |
| Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche: | Leiterin der Apotheke, ärztlicher Dienst, Pflegerischer Dienst, Hygiene |

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

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

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name: | Herr Dr. med. Ralf Oswald |
| Telefon: | 036602/55301 |
| Fax: | 036602/55306 |
| E-Mail: | arztpost@krankenhaus-ronneburg.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 0

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: externe Beratung und Versorgung durch Apotheke SRH Waldklinikum Gera

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.

Allgemeines

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|---|--|---------------|--|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | Gerät zur Gefäßdarstellung | ja | In Kooperation mit den einweisenden Kliniken |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | ja | In Kooperation mit den einweisenden Kliniken |
| AA10 | Elektroenzephalographiergerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | ja | In Kooperation mit den einweisenden Kliniken |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | ja | In Kooperation mit den einweisenden Kliniken |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | ja | In Kooperation mit den einweisenden Kliniken |

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

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

Die Notfallversorgung ist nicht vereinbart.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Geriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie"

Fachabteilungsschlüssel: 0200

Art: Geriatrie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Ralf Oswald
 Telefon: 036602/55-301
 Fax: 036602/55-306
 E-Mail: arztpost@krankenhaus-ronneburg.de
 Anschrift: Rudolf-Breitscheid-Platz 1
 07580 Ronneburg
 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 Chirurgie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|--|
| VC00 | Versorgung und Therapie kleiner chirurgischer Eingriffe | Teilweise in der eigenen Einrichtung nach Absprache mit dem Chirurgen. Ansonsten in Kooperation mit dem SRH-Waldklinikum Gera. |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | PEG-Anlage |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|-----|--------------------------------|-----------|
|-----|--------------------------------|-----------|

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

| | | |
|------|------------------------------------|--|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--------------------------------|-----------|
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|-----------|
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin | | |
|--|---|---|
| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI35 | Endoskopie | Gastroskopie und Videoendoskopische Schluckdiagnostik (VES) |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1645

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Ärztin oder Arzt 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 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,76 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,76 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,76 | |
| Fälle je Vollkraft | 187,78538 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,39 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,39 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,39 | |
| Fälle je Vollkraft | 374,71526 | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------------|--|------------------|
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ48 | Pharmakologie und Toxikologie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------------|------------------------------------|------------------|
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|---|----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 39,41 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 39,41 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 39,41 | |
| Fälle je Anzahl | 41,74067 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 15,7 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 15,7 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 15,7 | |
| Fälle je Anzahl | 104,77707 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,23 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,23 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,23 | |
| Fälle je Anzahl | 7152,17391 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,04 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,04 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 8,04 | |
| Fälle je Anzahl | 204,60199 | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|-----------|--|
| Anzahl (gesamt) | 2,5 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,5 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,5 | |
| Fälle je Anzahl | 658,00000 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ02 | Diplom | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|--------------------------------|-----------|
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP03 | Diabetes | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP07 | Geriatric | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"

Fachabteilungsschlüssel: 0260
 Art: Geriatrie/Tagesklinik
 (für teilstationäre
 Pflegesätze)

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Ralf Oswald
 Telefon: 036602/55-301
 Fax: 036602/55-306
 E-Mail: arztpost@krankenhaus-ronneburg.de
 Anschrift: Rudolf-Breitscheid-Platz 1
 07580 Ronneburg
 URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------------|---------------------------------------|---|
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik | Die Leistungen entsprechen dem Angebot der Fachabteilung Geriatrie. |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 54

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Keine Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachabteilung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ03 | Arbeitsmedizin | |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ48 | Pharmakologie und Toxikologie | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|------------------------------------|-----------|
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |

B-2.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | | |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0 | Das pflegerische Personal ist in der Fachabteilung Geriatrie abgebildet. |
| 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 | | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ02 | Diplom | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|--------------------------------|-----------|
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP03 | Diabetes | |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP07 | Geriatric | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-2.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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) | 358 | | 100,0 | |
| 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.[0] Ergebnisse der Qualitätssicherung

I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 52009 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met_hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,57 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 1645 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | 7,00 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,13 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis ID | 52010 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Met hodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | 1645 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |



| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|--|
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | unverändert |
| Kommentar Beauftragte Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis ID | 521801 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,05 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |



| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | |

| | |
|------------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis ID | 52326 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | QSKH |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,31 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,3 - 0,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,61 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,33 - 1,12 |
| Grundgesamtheit | 1645 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|---|
| Erwartete Ereignisse | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Ergebnis Bewertung | |
| — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | |

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

Über § 136a und § 136b 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

| Leistungsbereich | Kommentar |
|--|--|
| Leistungsbereich | Das Kreiskrankenhaus beteiligt sich seit 1998 an GEMIDAS (Geriatrische Minimum Data Set). Der Fokus liegt auf der geriatrisch rehabilitativen Behandlung multimorbider Patienten. www.gemidas.de |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Im Mittelpunkt der Auswertung stehen die Grunddaten und Merkmale der geriatrischen Patienten sowie die wichtigsten Parameter des Behandlungsverlaufes und der Behandlungsergebnisse. |
| Ergebnis | (2019) Ø Alter: 83,31 Jahre; Ø Verweildauer: 19,37 Tage; Aufnahme-Barthel: 42,01; Entlass-Barthel: 65,55 |
| Messzeitraum | Die Datensätze werden ganzjährig erhoben und quartalsweise an GEMIDAS gesendet. |
| Datenerhebung | Anhand valider und reliabler Indikatoren werden die Daten erfasst und in anonymisierter Form durch GEMIDAS verarbeitet. |
| Rechenregeln | GEMIDAS beinhaltet eine zentrale Datenbank, in der die übermittelten Daten der teilnehmenden Einrichtungen analysiert, ausgewertet und verglichen werden. Die daraus resultierenden GEMIDAS Statistiken enthalten: <ul style="list-style-type: none"> • Technische Statistik (u.a. kann in dieser nachvollzogen werden, wann wie viele Datensätze in die Zentrale transferiert wurden) • Basisdaten (z.B. Auskunft über Art und Zusammenhang der Patienten oder deren Verweildauer) • Qualitätsmanagement (Benchmarking-Statistiken) |
| Referenzbereiche | Es erfolgt ein bundesweiter und klinikübergreifender Vergleich mit anderen Mitgliedseinrichtungen. |
| Vergleichswerte | Alle Geriatrien: Ø Alter: 83,06 J; Ø Verweildauer: 17,24 T; Aufn.-Barthel: 44,15; Entl.-Barthel: 61,30 |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | Folgende Indikatoren werden erfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-Schlüssel • Dauer der vorausgegangenen Akutbehandlungsphase und die Wohnsituation und Versorgungsstatus vor dem Akutereignis • Art (stationär/teilstationär), Dauer und Verlauf der rehabilitativen Behandlung • Selbsthilfefähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Mobilität und kognitive Leistungsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung • verordneten Hilfsmittel • Wohn- bzw. Aufenthaltsort und Versorgungsstruktur nach Entlassung. |

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.

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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. | 5 |
| 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] | 5 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 5 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1 |
|--------------------------------|--------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 75,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1 |
|--------------------------------|------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 3 |
|--------------------------------|------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 3 |
|--------------------------------|--------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 75,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 2 |
|--------------------------------|--------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 2 |
|--------------------------------|------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Monatsbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Ausnahmetatbestände | |
| Erläuterungen | |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

| Station | Station 1 |
|---------------------------------|--------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 73,99 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 1 |
|---------------------------------|------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 87,18 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 3 |
|---------------------------------|------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 85,21 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 3 |
|---------------------------------|------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 76,71 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 2 |
|---------------------------------|------------------|
| Schicht | Nachtschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 100,00 |
| Erläuterungen | |

| Station | Station 2 |
|---------------------------------|------------------|
| Schicht | Tagschicht |
| Pflegesensitiver Bereich | Geriatric |
| Schichtbezogener Erfüllungsgrad | 96,16 |
| Erläuterungen | |

- **Diagnosen zu B-1.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| M62.50 | 727 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen |
| S72.10 | 178 | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet |
| I63.5 | 45 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien |
| S32.89 | 44 | Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens |
| S72.01 | 44 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär |
| M16.1 | 40 | Sonstige primäre Koxarthrose |
| R26.3 | 39 | Immobilität |
| I63.4 | 34 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien |
| S72.04 | 27 | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal |
| R26.8 | 24 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität |
| S72.2 | 24 | Subtrochantäre Fraktur |
| M17.1 | 23 | Sonstige primäre Gonarthrose |
| I63.3 | 21 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien |
| S72.00 | 21 | Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet |
| S32.01 | 18 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 |
| S42.21 | 18 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| M48.06 | 17 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich |
| M80.08 | 17 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| I50.13 | 15 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| S72.11 | 14 | Femurfraktur: Intertrochantär |
| S72.08 | 13 | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile |
| S06.5 | 12 | Traumatische subdurale Blutung |
| S42.20 | 12 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet |
| S22.06 | 10 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| I50.14 | 9 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |
| I63.8 | 8 | Sonstiger Hirnfarkt |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| S32.02 | 8 | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 |
| M80.88 | 7 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M80.98 | 6 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| S32.5 | 6 | Fraktur des Os pubis |
| S42.3 | 6 | Fraktur des Humerusschaftes |
| T84.04 | 6 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk |
| T84.05 | 6 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk |
| S32.04 | 5 | Fraktur eines Lendenwirbels: L4 |
| S32.1 | 5 | Fraktur des Os sacrum |
| M80.05 | 4 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M80.95 | 4 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| S32.4 | 4 | Fraktur des Acetabulums |
| S72.3 | 4 | Fraktur des Femurschaftes |
| S82.82 | 4 | Trimalleolarfraktur |
| E11.50 | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| G81.1 | (Datenschutz) | Spastische Hemiparese und Hemiplegie |
| I50.01 | (Datenschutz) | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz |
| I51.9 | (Datenschutz) | Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| I61.0 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal |
| I61.1 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal |
| I61.3 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm |
| I61.4 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn |
| I61.5 | (Datenschutz) | Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung |
| I61.6 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen |
| I61.9 | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet |
| I62.00 | (Datenschutz) | Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| I62.01 | (Datenschutz) | Nichttraumatische subdurale Blutung: Subakut |
| I62.02 | (Datenschutz) | Nichttraumatische subdurale Blutung: Chronisch |
| I63.2 | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien |
| I63.9 | (Datenschutz) | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet |
| I70.24 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |
| I70.25 | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän |
| M16.7 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Koxarthrose |
| M16.9 | (Datenschutz) | Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M17.5 | (Datenschutz) | Sonstige sekundäre Gonarthrose |
| M17.9 | (Datenschutz) | Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M48.00 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M48.02 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich |
| M48.07 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich |
| M48.09 | (Datenschutz) | Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M54.16 | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbalbereich |
| M80.00 | (Datenschutz) | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M84.15 | (Datenschutz) | Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M84.45 | (Datenschutz) | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M84.48 | (Datenschutz) | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M87.05 | (Datenschutz) | Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M87.95 | (Datenschutz) | Knochennekrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| R26.2 | (Datenschutz) | Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert |
| R29.6 | (Datenschutz) | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert |
| S06.33 | (Datenschutz) | Umschriebenes zerebrales Hämatom |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| S06.6 | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung |
| S12.0 | (Datenschutz) | Fraktur des 1. Halswirbels |
| S12.1 | (Datenschutz) | Fraktur des 2. Halswirbels |
| S12.24 | (Datenschutz) | Fraktur des 6. Halswirbels |
| S12.7 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen der Halswirbelsäule |
| S22.01 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2 |
| S22.02 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4 |
| S22.03 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6 |
| S22.04 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8 |
| S22.05 | (Datenschutz) | Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10 |
| S22.1 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule |
| S32.00 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet |
| S32.03 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L3 |
| S32.05 | (Datenschutz) | Fraktur eines Lendenwirbels: L5 |
| S32.3 | (Datenschutz) | Fraktur des Os ilium |
| S32.7 | (Datenschutz) | Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S32.82 | (Datenschutz) | Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet |
| S42.22 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum |
| S42.29 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile |
| S42.45 | (Datenschutz) | Fraktur des distalen Endes des Humerus: Transkondylär (T- oder Y-Form) |
| S72.03 | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Subkapital |
| S72.40 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet |
| S72.43 | (Datenschutz) | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär |
| S72.8 | (Datenschutz) | Frakturen sonstiger Teile des Femurs |
| S72.9 | (Datenschutz) | Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet |
| S82.0 | (Datenschutz) | Fraktur der Patella |
| S82.11 | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) |
| S82.41 | (Datenschutz) | Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| S82.5 | (Datenschutz) | Fraktur des Innenknöchels |
| S82.6 | (Datenschutz) | Fraktur des Außenknöchels |
| S82.81 | (Datenschutz) | Bimalleolarfraktur |
| S82.88 | (Datenschutz) | Frakturen sonstiger Teile des Unterschenkels |
| S92.3 | (Datenschutz) | Fraktur der Mittelfußknochen |
| T84.14 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel |
| T84.20 | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule |
| T84.8 | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-550.1 | 1485 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten |
| 9-984.7 | 533 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.b | 533 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 9-984.8 | 265 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-613 | 142 | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop |
| 9-984.6 | 140 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-984.9 | 68 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 8-550.0 | 63 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten |
| 3-200 | 34 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-550.2 | 30 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten |
| 1-632.0 | 8 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 9-984.a | 7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5 |
| 1-632.y | 6 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: N.n.bez. |
| 3-203 | 5 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-222 | 5 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 1-632.x | 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige |
| 3-225 | 4 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-431.20 | 4 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode |
| 8-133.0 | 4 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel |
| 1-632.1 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum |
| 3-202 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Thorax |
| 3-205 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-133.y | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: N.n.bez. |
| 8-138.0 | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation |
| 8-771 | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-800.c0 | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE |

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- Diagnosen zu B-2.6

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- Prozeduren zu B-2.7

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 8-98a.11 | 501 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| 8-98a.10 | 46 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| 8-98a.0 | 17 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung |
| 9-984.6 | 9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-984.7 | 8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-984.b | 8 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 3-222 | (Datenschutz) | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 9-984.8 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-984.9 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (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)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

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