



2019

Referenzbericht

Tagesklinik Vaihingen

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: 19.10.2020
Automatisch erstellt am: 03.03.2021
Layoutversion vom: 03.03.2021



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	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	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
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	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	10
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	26
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	26
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	27
B-1	Internistisch-Diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten	27
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	32
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	32
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	32
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	32
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	33
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	33
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	34
-	Diagnosen zu B-1.6	35
-	Prozeduren zu B-1.7	36

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Almut Kaiser
Telefon: 07141/99-60043
Fax: 07141/99-7260043
E-Mail: almut.kaiser@rkh-kliniken.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Regionaldirektorin
Titel, Vorname, Name: Anne Matros
Telefon: 07141/99-63001
Fax: 07141/99-7263001
E-Mail: sabine.heller@verbund-rkh.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.rkh-kliniken.de/kliniken-zentren/fachbereiche/bietigheim-vaihingen/internistisch-diagnostische-tagesklinik-fuer-geriatrische-patienten/>
Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.rkh-kliniken.de/qualitaet-hygiene/qualitaet/>

Link	Beschreibung
https://www.rkh-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Pflege/TagesklinikVaihingen_022016.pdf	Informationsflyer der internistisch-diagnostischen Tagesklinik für geriatrische Patienten in Vaihingen

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname:	Krankenhaus Vaihingen / Ambulante Tagesklinik
Hausanschrift:	Frackstraße 45
Postanschrift:	71665 Vaihingen an der Enz Franckstraße 45
Institutionskennzeichen:	71665 Vaihingen an der Enz 260810625
Standortnummer:	99
URL:	https://www.rkh-kliniken.de/kliniken-zentren/fachbereiche/bietigheim-vaihingen/internistisch-diagnostische-tagesklinik-fuer-geriatrische-patienten/
Telefon:	07042/105-90

Ärztliche Leitung

Position:	Ärztlicher Direktor Internistisch-diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten bis 31.12.2019
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Steffen Hering
Telefon:	07042/105-90
Fax:	07042/105-78309
E-Mail:	Karola.hestler@rkh-kliniken.de

Position:	Ärztlicher Direktor Internistisch-diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten ab 01.01.2020
Titel, Vorname, Name:	PD Dr. med. Daniel Kopf
Telefon:	07042/105-90
Fax:	07042/105-78309
E-Mail:	karola.hestler@rkh-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Position:	Direktorin für Pflege- und Prozessmanagement
Titel, Vorname, Name:	Sylvia Hooks
Telefon:	07141/99-63000
Fax:	07141/99-7263000
E-Mail:	sylvia.hooks@rkh-kliniken.de

Position:	stv. Direktorin für Pflege- und Prozessmanagement
Titel, Vorname, Name:	Arzu Aksoy
Telefon:	07142/79-55700
Fax:	07142/79-55707
E-Mail:	arzu.aksoy@rkh-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Position: Regionaldirektorin
Titel, Vorname, Name: Anne Matros
Telefon: 07141/99-63001
Fax: 07141/99-7263001
E-Mail: sabine.heller@verbund-rkh.de

Position: Klinikleitung
Titel, Vorname, Name: Nicolai Stolzenberger
Telefon: 07142/79-55901
Fax: 07142/79-55707
E-Mail: bettina.szczepansky@rkh-kliniken.de

Position: Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Jörg Martin
Telefon: 07141/99-66001
Fax: 07141/99-60019
E-Mail: valeska.woelfle@rkh-kliniken.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Tagesklinik Vaihingen
Hausanschrift: Franckstraße 45
71665 Vaihingen an der Enz
Postanschrift: Franckstraße 45
71665 Vaihingen an der Enz
Institutionskennzeichen: 260810625
Standortnummer: 02
URL: <https://www.rkh-kliniken.de/kliniken-zentren/fachbereiche/bietigheim-vaihingen/internistisch-diagnostische-tagesklinik-fuer-geriatrische-patienten/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor Internistisch-dignostische Tagesklinik für geriatrische Patienten ab 01.01.2020
Titel, Vorname, Name: PD. Dr. med Daniel Kopf
Telefon: 07042/105-90
Fax: 07042/105-78309
E-Mail: karola.hestler@rkh-kliniken.de

Position: Ärztlicher Direktor Internisch-diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten bis 31.12.2019
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Steffen Hering
Telefon: 07042/105-90
Fax: 07042/105-78309
E-Mail: karola.hestler@rkh-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Position: stv. Direktorin für Pflege- und Prozessmanagement
Titel, Vorname, Name: Arzu Aksoy
Telefon: 07142/79-55700
Fax: 07142/99-55707
E-Mail: arzu.aksoy@rkh-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Position: Klinikleitung
Titel, Vorname, Name: Nicolai Stolzenberger
Telefon: 07142/79-55901
Fax: 07142/79-55707
E-Mail: bettina.szczepansky@rkh-kliniken.de

Position: Medizinische Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Jörg Martin
Telefon: 07141/99-66001
Fax: 07141/99-60019
E-Mail: valeska.woelfle@rkh-kliniken.de

Position: Regionaldirektorin
Titel, Vorname, Name: Anne Matros
Telefon: 07141/99-63001
Fax: 07141/99-7263001
E-Mail: sabine.heller@verbund-rkh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH
Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Ja
Name Universität: Heidelberg

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	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP51	Wundmanagement	
MP63	Sozialdienst	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
-----	------------------	------	-----------

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: CA-Sekretariat Zentrale Notaufnahme
 Titel, Vorname, Name: Brigitte Belzhuber
 Telefon: 07141/99-68201
 Fax: 07141/99-68209
 E-Mail: brigitte.belzhuber@rkh-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
-----	------------------------------	-----------

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 12

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 159

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

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	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

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	

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)	2,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,58	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

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	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	0,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,08	

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

SP15 Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl (gesamt)	0,77	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,77	

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

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	

SP28 Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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	

SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojsa

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	

SP35 Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

SP42 Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

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	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Abteilungsleiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Thorsten Hauptvogel
Telefon: 07141/99-60042
Fax: 07141/99-7260041
E-Mail: thorsten.hauptvogel@rkh-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen: Holdingkonferenz Geschäftsleitung, Sprecher ärztliche Direktoren,
Funktionsbereiche: Pflegedirektion, ZIV, Qualitätsmanagement, Betriebsrat
Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Abteilungsleiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Thorsten Hauptvogel
Telefon: 07141/99-60042
Fax: 07141/99-7260041
E-Mail: thorsten.hauptvogel@rkh-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen: Holdingkonferenz Geschäftsleitung, Sprecher ärztliche Direktoren,
Funktionsbereiche: Pflegedirektion, ZIV, Qualitätsmanagement, Betriebsrat
Tagungsfrequenz: halbjährlich

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	RL Risikomanagement 04-00 RKH vom 27.03.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	VA Notfallmanagement 02-00 KLB vom 22.02.2018
RM05	Schmerzmanagement	VA Schmerzmanagement 06-00 RKH vom 02.02.2020
RM06	Sturzprophylaxe	VA Sturzmanagement 06-00 RKH vom 03.02.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	VA Dekubitusmanagement 04-00 RKH vom 04.05.2020
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	VA Freiheitsentziehende Maßnahmen 02-00 RKH vom 28.01.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA (Beinahe-) Vorkommnisse Medizinprodukte 06-00 RKH vom 01.06.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja
 eingerichtet:
 Tagungsfrequenz: monatlich
 Maßnahmen: z.B. Patienten-Safty-Card

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	14.04.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich

Nr.	Erläuterung
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Geschäftsführer
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Jörg Martin
 Telefon: 07141/99-66001
 Fax: 07141/99-60019
 E-Mail: valeska.woelfle@rkh-kliniken.de

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

Hygienebeauftragte Ärztinnen: Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben ((nur und hygienebeauftragte Ärzte: Tagesklinik))

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

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt nicht vor.

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

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft	ja
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	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	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
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 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
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Netzwerk Gesundheitsamt Ludwigsburg	
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	Eine Verfahrensanweisung ist vorhanden. Letzte Aktualisierung 03.04.2017
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Von den oben genannten Ansprechpartnern für das Beschwerdemanagement, werden Beschwerden auch anonym entgegengenommen.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	nein	Tagesklinische Patienten werden nicht befragt
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Einweiserkontaktmanagement etabliert. Wir erhalten unsere Rückmeldungen in einem persönlichen Gespräch direkt von den niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines Besuchstermins in den Praxen. Die Besuche werden von ausgewählten Einweiserkontaktmanagern durchgeführt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Mitarbeiterin Qualitätsmanagement Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name: Ellen Locher
Telefon: 07141/99-60048
Fax: 07141/99-7260048
E-Mail: ellen.locher@rkh-kliniken.de

Position: Mitarbeiter Qualitätsmanagement - Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name: Ulrich Schuler
Telefon: 07141/99-60047
Fax: 07141/99-7260047
E-Mail: ulrich.schuler@rkh-kliniken.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

— ([vgl. Hinweis auf Seite 2](#))

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <https://www.rkh-kliniken.de/kontakt/>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

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

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen



Link zur Internetseite:

<https://www.rkh-kliniken.de/qualitaet-hygiene/qualitaet/einweisermangement/>

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:	Patientensicherheitsbeauftragte, klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name:	Ellen Locher
Telefon:	07141/9960048
Fax:	07141/997260048
E-Mail:	Ellen.Locher@rkh-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 8

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 6

Erläuterungen: weitere 11 Köpfe, die nicht über die Qualifikation Apotheker oder Pharmatechnische Assistenz verfügen

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

Allgemeines

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

VA_06_-02_Umgang_mit_Arzneimittel_05-00

16.10.2019

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

MIMI Pharmindex

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

elektronische Information der Aktuellen Rote Hand Briefe, bei Lieferdefekten und bei Umstellung der Präparate

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

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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 Abschlüsse vor.

Die Notfallversorgung ist nicht vereinbart.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Internistisch-Diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Internistisch-Diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten"

Fachabteilungsschlüssel: 0260
Art: Internistisch-
Diagnostische
Tagesklinik für
geriatrische
Patienten

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Ärztlicher Direktor ab 01.01.2020
Titel, Vorname, Name: PD Dr. med Daniel Kopf
Telefon: 07042/105-0
Fax: 07042/105-78309
E-Mail: karola.hestler@rkh-kliniken.de
Anschrift: Franckstr. 45
71665 Vaihingen an der Enz
URL: <https://www.rkh-kliniken.de/kliniken-zentren/fachbereiche/bietigheim-vaihingen/internistisch-diagnostische-tagesklinik-fuer-geriatrische-patienten/>

Position: Ärztlicher Direktor bis 31.12.2019
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Steffen Hering
Telefon: 07042/105-90
Fax: 07042/105-78309
E-Mail: karola.hestler@rkh-kliniken.de
Anschrift: Franckstr. 45
71665 Vaihingen an der Enz
URL: <https://www.rkh-kliniken.de/kliniken-zentren/fachbereiche/bietigheim-vaihingen/internistisch-diagnostische-tagesklinik-fuer-geriatrische-patienten/>

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 Neurologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	159

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante geriatrische Tagesklinik

Ambulanzart:	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04)
--------------	--

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
----------------------	---

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)	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	Tagesklinik
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
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	Tagesklinik
Fälle je Vollkraft		

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Oberärzte
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	
ZF28	Notfallmedizin	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,58	Teilstationäre Tagesklinik
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	0,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,08	Tagesklinik
Fälle je Anzahl		

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP07	Geriatric	

B-1.11.3 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**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[-] **Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (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**

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.	0
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]	0
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	0



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



- **Diagnosen zu B-1.6**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
3-990	100	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-200	60	Native Computertomographie des Schädels
8-98a.10	59	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie
9-984.7	35	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
3-203	21	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
9-984.b	20	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
9-984.8	19	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
3-820	17	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
9-984.6	17	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
3-84x	16	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren
8-98a.0	16	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung
1-206	13	Neurographie
1-207.0	13	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)
3-800	8	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-208.2	6	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]
3-802	6	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
1-205	5	Elektromyographie (EMG)
1-632.0	5	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
1-208.4	(Datenschutz)	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]
1-20c.0	(Datenschutz)	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Motorik (Motormapping)
1-20c.1	(Datenschutz)	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Sprache (Speechmapping)
1-20c.x	(Datenschutz)	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): Sonstige
1-20c.y	(Datenschutz)	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): N.n.bez.

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1-440.a	(Datenschutz)	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt
3-202	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Thorax
3-205	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-206	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Beckens
3-207	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Abdomens
3-222	(Datenschutz)	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-225	(Datenschutz)	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-226	(Datenschutz)	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-701	(Datenschutz)	Szintigraphie der Schilddrüse
3-823	(Datenschutz)	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
3-826	(Datenschutz)	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
3-828	(Datenschutz)	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
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).