

**Gesetzlicher Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1
Satz 1 Nummer 3 SGB V**

St.-Elisabeth-Krankenhaus

Fachklinik für Geriatrie

2024

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	7
	Einleitung	11
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	13
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	13
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	13
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	13
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	14
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	14
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	16
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	17
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	17
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen	17
A-11	Personal des Krankenhauses	18
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	18
A-11.2	Pflegepersonal	18
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-12.1	Qualitätsmanagement	19
A-12.1.1	Verantwortliche Person	19
A-12.1.2	Lenkungsgremium	19
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	19

A-12.2.1	Verantwortliche Person	20
A-12.2.2	Lenkungsgremium	20
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	20
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	21
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	21
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	21
A-12.3.1	Hygienepersonal	22
A-12.3.1.1	Hygienekommission	22
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	22
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	23
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	23
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	23
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	24
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	24
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	25
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	25
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	26
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	26
A-12.5.2	Verantwortliche Person	26
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	27
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	27
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	28
A-13	Besondere apparative Ausstattung	29
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	30
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	30
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	30
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	30
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	30

B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1]	Geriatrie	32
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	32
B-[1].1.2	Ärztliche Leitung	32
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	32
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	34
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	35
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	37
B-[1].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[1].11	Personelle Ausstattung	38
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[1].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	38
B-[1].11.1.2	Zusatzweiterbildung	38
B-[1].11.2	Pflegepersonal	39
B-[1].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	39
B-[1].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	39
B-[2]	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	41
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[2].1.2	Ärztliche Leitung	41
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41

B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	43
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	43
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	43
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	43
B-[2].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	43
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[2].11	Personelle Ausstattung	44
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	44
B-[2].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	44
B-[2].11.1.2	Zusatzweiterbildung	44
B-[2].11.2	Pflegepersonal	44
B-[2].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	44
B-[2].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	45
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	45
C	Qualitätssicherung	47
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	47
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	47
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	47
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	47
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	49
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	49
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	49

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	49
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	49
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	50
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	50
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	50
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	50
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	50
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	50
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	51
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	51
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	51

Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,
der hier vorliegende Qualitätsbericht für das Jahr 2024 stellt das Leistungsgeschehen des St. Elisabeth Krankenhauses durch wichtige Kennzahlen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dar und gewährt einen Einblick in die Qualitätsmanagementaktivitäten.

Der Qualitätsbericht dient zur Information für Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, sowie den Kooperationspartnern, wie z.B. Krankenkassen und einweisenden Ärztinnen und Ärzten.

Die Gliederung orientiert sich an den bundeseinheitlich festgelegten Vorgaben gemäß § 137 SGB V zum Inhalt und Umfang eines Qualitätsberichts für Krankenhäuser. Der Bericht ist in einen Basis- und einen Systemteil gegliedert. Der Basisteil enthält allgemeine und fachspezifische Informationen über die Struktur- und Leistungsmerkmale des Krankenhauses.

Dazu gehören das Leistungsspektrum und die Versorgungsschwerpunkte sowie die Art und Anzahl erbrachter medizinischer Leistungen, eine Beschreibung der häufigsten gestellten Diagnosen (ICDs) und eine Darstellung des medizinischen Leistungsspektrums über die häufigsten Diagnosen bezogenen Fallgruppen (DRGs)

sowie durchgeführten Prozeduren.

Der Systemteil des Berichts liefert Informationen zum Aufbau des internen Qualitätsmanagements des Krankenhauses sowie zu Maßnahmen und Ergebnissen der Qualitätssicherung.

Darüber hinaus informiert er über Projekte des Krankenhauses, die im Zusammenhang mit der Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und Leistungsqualität stehen.

Allgemeines

Das St. Elisabeth Krankenhaus liegt in der landschaftlich reizvollen Gemeinde Lengenfeld unterm Stein, im Bundesland Thüringen.

Unsere Einrichtung besteht aus der Fachklinik für Geriatrie mit 114 stationären Betten, 9 teilstationären Plätzen, 40 Betten Geriatriische Rehabilitation und einem Altenpflegezentrum mit 31 Plätzen. Behandlungsschwerpunkte in der Fachklinik sind neben dem Schlaganfall, Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Gelenkersatzoperationen, Frakturen und allgemein erkrankte Patientinnen und Patienten, die einer intensiven Mobilisation bedürfen.

Unser Ziel ist es, Lebensqualität zurückzugeben, indem wir ganzheitlich aktivierend pflegen, therapieren und vorhandene Fähigkeiten erhalten, ausbauen oder helfen, neue zu erlernen. Wir nehmen die Bedürfnisse der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten ernst und binden sie und ihre Angehörigen aktiv in den Prozess der Behandlung mit ein.

Voraussetzung für den Therapieerfolg ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, der die körperliche, psychische und soziale Situation der Patientinnen und Patienten gleichermaßen berücksichtigt. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit im therapeutischen Team (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Pflegeüberleitung, Seelsorge).

Die Namenspatronin unseres Krankenhauses ist die Heilige Elisabeth von Thüringen. Sie war eine der großen Heiligen der Hingabe und der Nächstenliebe. Sie stellte den Menschen an seinen von Gott gewollten Platz, als Gleicher unter Gleichen. Ihr gelang es, die Gebote der Gottes- und Nächstenliebe miteinander zu verbinden. Jeden Menschen sah sie als Geschöpf Gottes an.

Dies sehen auch wir als eine Herausforderung!

In der Trägerschaft der Katholischen Hospitalvereinigung Thüringen gGmbH

bemühen wir uns, im Geiste und in der Tradition der Caritas, auf der Grundlage des Evangeliums zu arbeiten. Wir orientieren uns an Jesus Christus und an seinem Auftrag an die Kirche: „Liebet einander: wie ich euch geliebt habe, so sollt auch ihr einander lieben“ (Joh.13, 34) und „Alles was ihr von anderen erwartet, das tut auch ihnen“ (Mt 7,12). Wir verstehen unseren Auftrag in christlicher Nächstenliebe, Sorge zu tragen für den Menschen, der unsere Hilfe braucht und der die Dienste in unserem Krankenhaus in Anspruch nimmt.

Durch die Aufnahme in den Landeskrankenhaus- und Geriatrieplan Thüringens ist das St. Elisabeth Krankenhaus zur Einhaltung des dort verankerten Versorgungsauftrages verpflichtet. Entsprechend der Strukturfestlegung nimmt unsere Einrichtung die geriatrische Behandlung als überregionalen Versorgungsauftrag wahr. Wir verfolgen ein hohes Maß an medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Qualität, deren Sicherung durch geeignete Verfahren ständig überprüft und weiterentwickelt wird.

Fruchtbare Wirken bedarf einer ständigen Orientierung an den christlichen Zielstellungen und an den staatlichen Vorgaben und Anforderungen. Wir sehen die gesellschaftliche Verantwortung, die unser Krankenhaus hat und erkennen sowohl das soziale, wirtschaftliche als auch das politische Geschehen als eine Herausforderung. Dabei wird der Qualitätsgedanke bei allen unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt.

Schwachstellen werden systematisch erkannt und erfasst, die Gründe dafür analysiert und nachhaltig aufgearbeitet, um eine stetige Verbesserung abzubilden. Unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird durch angemessene Schulungen eigenverantwortliches Handeln in ihren Aufgabenbereichen ermöglicht. Es bleibt unser ständiger Auftrag, in hoher anerkannter Qualität zu arbeiten, sie zu sichern und weiterzuentwickeln. Damit erreichen wir eine kontinuierliche Verbesserung unserer Ergebnisse.

Wir danken allen Mitarbeitenden unserer Einrichtung, unseren Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, einweisenden Ärztinnen und Ärzten und den Kostenträgern für ihr seit vielen Jahren entgegengebrachtes Vertrauen und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Ergänzende Informationen über unser Haus und unseren Qualitätsanspruch finden Sie online und auch gerne vor Ort.

Lengenfeld unterm Stein im Oktober 2025

Die Krankenhausleitung:

Sandra Hanske, Verwaltungsleitung

Dr. med. Markus Götze, Chefarzt

Sabine Küstner, Pflegedienstleitung

Einleitung

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Pflegedienstleitung

Sabine Küstner

036027 75 580 580

036027 75 561

s.kuestner@kh-lengenfeld.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Titel, Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Verwaltungsleitung

Sandra Hanske

036027 75 560 560

036027 75 561

s.hanske@kh-lengenfeld.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

<http://www.kh-lengenfeld.de>

Teil A

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Das St. Elisabeth Krankenhaus ist eine Fachklinik für Geriatrie. Behandlungsschwerpunkte sind Patientinnen und Patienten mit Zustand nach einem Apoplex, nach Gelenkersatzoperationen oder Frakturen sowie allgemein erkrankte Patientinnen und Patienten, die einer intensiven Mobilisation bedürfen.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Kompetenzzentrum St. Elisabeth Fachklinik für Geriatrie
PLZ	99976
Ort	Lengsfeld unterm Stein
Straße	Bahnhofstraße
Hausnummer	19
IK-Nummer	261600495
Standort-Nummer	772709000
Telefon-Vorwahl	036027
Telefon	750
E-Mail	kontakte@kh-lengsfeld.de
Krankenhaus-URL	http://www.kh-lengsfeld.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Markus Götze
Telefon	036027 750 570
Fax	036027 75 5511
E-Mail	m.goetze@kh-lengsfeld.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name	Sandra Hanske
Telefon	036027 750 560
Fax	036027 75 5511
E-Mail	s.hanske@kh-lengsfeld.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Sabine Küstner
Telefon	036027 750 580
Fax	036027 75 5511
E-Mail	s.kuestner@kh-lengsfeld.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Katholischen Hospitalvereinigung Thüringen gGmbH
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	
Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
- 2 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 3 MP06 - Basale Stimulation
- 4 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
- 5 Palliativmedizin und -pflege, Trauerbegleitung, Abschiedsraum
- 6 MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
- 7 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 8 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 9 nur für Erwachsene
- 10 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 11 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 12 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 13 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 14 MP21 - Kinästhetik
- 15 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 16 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
- 17 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 18 MP25 - Massage
- 19 MP26 - Medizinische Fußpflege
- 20 MP27 - Musiktherapie
- 21 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
- 22 nur Manualtherapie
- 23 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 24 medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie
- 25 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 26 MP37 - Schmerztherapie/-management
- 27 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
- 28 z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
- 29 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
- 30 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
26	MP45 – Stomatherapie/-beratung durch externes Sanitätshaus
27	MP47 – Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
28	MP51 – Wundmanagement z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
29	MP52 – Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
30	MP56 – Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
31	MP59 – Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
32	MP60 – Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
33	MP63 – Sozialdienst
34	MP68 – Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
35	MP66 – Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen z. B. Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie
36	MP53 – Aromapflege/-therapie
37	MP35 – Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
38	MP17 – Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
39	MP34 – Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
40	MP48 – Wärme- und Kälteanwendungen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	• Balkon/Terrasse • Elektrisch höhenverstellbare Betten • Bibliothek • Cafeteria • Maniküre/Pediküre • Friseur • Dolmetscherdienste • Diätassistenten • Eigene Küche • Nachmittagskaffee mit Kuchen
#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle rollstuhlgerecht
2	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Fernseher Kosten pro Tag 0 € Rundfunkempfang am Bett Telefon am Bett Kosten pro Tag 1,20 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz 0 Cent, Tresor im Patientenschrank
3	NM40: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
4	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung Seelsorge durch Seelsorgerin, katholische und evangelische Priester, persönliche Gespräche, regelmäßige Gottesdienste
5	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

- # Leistungsangebot
- 6 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
erfolgt vollumfänglich
- 7 NM68: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Markus Götze
Telefon	036027 75570
Fax	036027 75 5511
E-Mail	m.goetze@kh-lengenfeld.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder
- 2 Blindenschrift/Brailleschrift
Brailleschrift
- 3 BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
- 4 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 5 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 6 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 7 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 8 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 9 5 Mitarbeiterinnen sind zu Demenzbeauftragten im Krankenhaus ausgebildet
- 10 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- 11 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- 12 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 13 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
- 14 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 15 BF24 - Diätetische Angebote
- 16 BF25 - Dolmetscherdienst
BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 17 russisch, englisch, spanisch, polnisch, thailändisch, portugiesisch
- 18 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

- #Aspekte der Barrierefreiheit
- 19BF33 – Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 20BF32 – Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
- Krankenhauskapelle

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

trifft nicht zu

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Das St. Elisabeth Krankenhaus bildet folgende Ausbildungsberufe aus:

• Pflegefachfrau/ Pflegefachmann	dreijährig
• Pflegehelferin / Pflegehelfer	einjährig

Es können Praktika in folgenden Ausbildungsbereichen absolviert werden:

• Krankenpflege	
• Altenpflege	
• Ergotherapie	
• Physiotherapie	
• Logopädie	
• Küche	
• Sozialdienst	
• Psychologie	
• Technischer Dienst	

- #Ausbildung in anderen Heilberufen
- 1HB19 – Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 2HB17 – Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	114
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1747
Teilstationäre Fallzahl	147

Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				11,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,2
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				9,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,8

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				39,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	39,11
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				15,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,77
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				6,35
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,35
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				2,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				4,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,24

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

trifft nicht zu

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Für eine verbesserte Patientensicherheit im Krankenhaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) besondere Maßnahmen beschlossen, die regelmäßig evaluiert werden.

Zu den verabschiedeten Mindeststandards gehört die Vorhaltung eines strukturierten Risikomanagements, mit dem Ziel, klinische Risiken zu identifizieren und zu bewerten.

Das klinische Risikomanagement ist Teil des Qualitätsmanagements.

Bei einer Vielzahl interner und externer Audits wird im St. Elisabeth Krankenhaus die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüft und durch Zertifizierungen bestätigt.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Für das Qualitätsmanagement verantwortlich ist die Hausleitung.

Als Beauftragte der Hausleitung steuert und fördert eine QM- Beauftragte die Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards.

Alle Mitarbeitenden, besonders aber jene in Leitungsfunktionen, sind täglich daran beteiligt, den Anforderungen des Qualitätsmanagements gerecht zu werden.

Die Wirksamkeit wird in regelmäßigen Audits evaluiert.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	PDL
Titel, Vorname, Name	Sabine Küstner
Telefon	036027 750 580
Fax	036027 75499
E-Mail	s.kuestner@kh-lengenfeld.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
Wenn ja	
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Zu den wöchentlichen Hausleitungssitzungen erfolgen erweiterte Hausleitungstreffen mit verantwortlichen Führungskräften. Des weiteren ist eine Arbeits-, Brandschutz, Hygiene und Arzneimittelkommission aktiv.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Ein klinisches Risikomanagement ist implementiert und wird kontinuierlich angepasst und weiterentwickelt.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hausleitung

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person keine Person benannt

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche Hausleitung, QMB, Hygienefachkraft, Arbeitssicherheitsfachkraft, Apotheker, Betriebsarzt, Leiterin Abteilung Finanzen, Technischer Leiter, Mitarbeitervertretung, Mitglied des Aufsichtsrates

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- | | |
|---|--|
| # | Instrument bzw. Maßnahme |
| | RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor |
| 1 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler, Beschwerde und Risikomanagement
Letzte Aktualisierung: 05.12.2022 |
| 2 | RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 3 | RM03: Mitarbeiterbefragungen
RM04: Klinisches Notfallmanagement |
| 4 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler, Beschwerde und Risikomanagement
Letzte Aktualisierung: 05.12.2022
RM05: Schmerzmanagement |
| 5 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler, Beschwerde und Risikomanagement
Letzte Aktualisierung: 05.12.2022
RM06: Sturzprophylaxe |
| 6 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler, Beschwerde und Risikomanagement
Letzte Aktualisierung: 05.12.2022
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) |
| 7 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler, Beschwerde und Risikomanagement
Letzte Aktualisierung: 05.12.2022 |
| 8 | RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen |

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

RM18: Entlassungsmanagement

10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Fehler, Beschwerde und Risikomanagement**Letzte Aktualisierung:** 05.12.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

☒ Palliativbesprechungen☒ Qualitätszirkel☒ Andere: wöchentliche Multiprofessionelle Teambesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes

Ja

Fehlermeldesystem eingesetzt?

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Instrument bzw. Maßnahme

IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor

1 **Letzte Aktualisierung:** 26.10.2023

IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

2 **Frequenz:** bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig
bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige
konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der
PatientensicherheitEinsatz eines elektronischen Fehler-, Risiko- und
Beschwerdeformulars, Einsatz von Orbis Medication zur
Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) Verbesserung des
Hygienemanagement, Erfassung des Sturz- und Dekubitusrisikos,
Einsatz von Expertenstandards in der Pflege, Zertifizierung nach
DIN ISO 9001:2015, proCumCert, MAAS-BGW und Qualitätssiegel
Geriatrie, SOP "Beschwerdemanagement"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden
Fehlermeldesystem

Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Die Behandlung von Infektionskrankheiten und deren Vorbeugung spielen im St. Elisabeth Krankenhaus eine bedeutende Rolle.

Ein effektives Hygienemanagement ist daher für unsere Einrichtung unerlässlich. Eine wesentliche Grundlage des hygienischen Handelns im Krankenhaus ist die „Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ des Robert-Koch-Institutes. Die Beachtung der hygienerelevanten gesetzlichen Bestimmungen und medizinischen Leitlinien sowie deren Umsetzung in Verfahrensanweisungen und Standards erfordert eine Organisation, die alle Abteilungen und Bereiche des Krankenhauses erfasst.

Diese Forderung erfüllt das St. Elisabeth Krankenhaus vorbildlich und bietet somit allen Patientinnen und Patienten ein höchstmögliches Maß an Sicherheit.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	
Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	In der Trägereinrichtung

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	
Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)	
Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2

Hygienebeauftragte in der Pflege	
Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	3

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Oberarzt / Hygienebeauftragter Arzt
Titel, Vorname, Name	Dipl. med. Thomas Klein
Telefon	750 750 75568
Fax	036027 75459
E-Mail	t.klein@kh-lengenfeld.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Interne Qualitätssicherung:

- regelmäßige Hygienevisiten und Begehungen aller Krankenhausbereiche durch unsere Hygienefachkräfte
- jährliche Hygienepflichtschulung aller Mitarbeiter
- Schulung und Begleitung einer guten Hygienepaxis beim Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten sowie Medizinprodukten
- MRSA Eingangsscreening bei allen Patienten
- Covid 19 Eingangsscreening bei allen Patienten
- kontinuierlicher Verbesserungs- und Optimierungsprozess

Externe Qualitätssicherung:

- Begehung unseres Krankenhauses durch das Gesundheitsamt Mühlhausen
- jährliche Kontrolle unseres Krankenhauses durch das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
- Rezertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2015, proCumCert und MAAS BGW (Managementanforderungen der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz), Qualitätssiegel für Geriatrie
- Quartalsweise Sitzung der Hygienekommission mit der Hausleitung sowie die Bereiche Arbeits- und Brandschutz, Technik und Apotheke. Hier werden gemeinsam hygienisch relevante Daten und Probleme thematisiert und die Umsetzung der daraus resultierenden organisatorischen Verbesserungsmaßnahmen im Krankenhaus besprochen.

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Ein Krankenpfleger mit der Zusatzqualifikation "Wundmanager" ist als Teil unseres interdisziplinären Teams mit der Behandlung akuter großflächiger und/ oder chronischer Wunden vertraut und wird im Bedarfsfall hinzugezogen.

Am Anfang steht dabei die Diagnose des Arztes, der die Ursachen der Wundentstehung beziehungsweise der Wundheilungsstörungen erfasst.

Im weiteren Behandlungsverlauf übernimmt das Pflegefachpersonal die Versorgung der Wunde nach ärztlicher Anordnung, die Wunddokumentation sowie die Kausal- und Begleittherapie.

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja	Nein
1. Die Nutzung von Social Media ist für den Erfolg eines Unternehmens entscheidend.	☐	☐
2. Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen ist notwendig, um wettbewerbsfähig zu bleiben.	☐	☐
3. Die Einführung von Remote Work ist für die Produktivität eines Teams vorteilhaft.	☐	☐
4. Die Automatisierung von Marketingaufgaben ist eine sinnvolle Investition.	☐	☐
5. Die Implementierung von KI-Tools ist für die Zukunft eines Unternehmens unvermeidbar.	☐	☐
6. Die Nutzung von Big Data ist für die Entscheidungsfindung in einem Unternehmen wichtig.	☐	☐
7. Die Einführung von Cloud-Diensten ist für die Flexibilität eines Unternehmens vorteilhaft.	☐	☐
8. Die Digitalisierung von Kundenbeziehungen ist ein Schlüsselfaktor für den Erfolg.	☐	☐
9. Die Automatisierung von HR-Prozessen ist eine sinnvolle Investition.	☐	☐
10. Die Implementierung von Blockchain-Technologie ist für die Zukunft eines Unternehmens unvermeidbar.	☐	☐

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	16,6
---	------

Intensivstationen

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

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

- #Instrument bzw. Maßnahme
- HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
- 1Name: Teilnahme am MRE Netzwerk
- HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
- 2Frequenz: halbjährlich
- Einmal jährlich erfolgt die Überprüfung durch eine externe Firma. Zweimal jährlich werden interne Kontrollen durchgeführt.
- HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
- 3Frequenz: jährlich
- Jährlich erfolgt eine Hygieneschulung für alle Mitarbeiter durch die Hygienefachkraft. Die Teilnahme ist verpflichtend. Darüber hinaus werden Kurzschulungen zu relevanten Hygienethemen angeboten.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja Innerhalb des Qualitätsmanagements wurde ein patienten-, angehörigen- und einweiserorientiertes Beschwerdemanagement eingeführt. Eine SOP liegt vor.
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Unsere geriatrische Fachklinik verfügt über eine Verfahrensanweisung im Bereich Beschwerdemanagement.
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja Auch mündliche Beschwerden, Lob und Anregungen werden zur Bearbeitung weiter geleitet und dienen dem kontinuierlichem Verbesserungsprozess.
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja Beschwerden können sowohl analog als auch digital übermittelt werden. Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern stehen diese zur Verfügung. Die Fachklinik für Geriatrie verfügt über ein elektronisches Hinweisgebersystem. Patientenfragebögen werden unseren Patienten im Rahmen der kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit ausgehändigt. Weitere Formulare stehen auf Anfrage zur Verfügung.
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja Alle Beschwerden und auch Lob werden statistisch erfasst und werden zeitnah zurückgemeldet.
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Qualitätsmanagementbeauftragte Theresa Hansal
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Anna Maria Launicke

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja Die Patientenfragebögen sowie ausliegende Beschwerdeformulare lassen anonyme Mitteilungen zu, die in die vorhandenen Briefkästen eingeworfen werden können.
9	Patientenbefragungen	Ja Interne Patientenbefragungen werden fortlaufend geführt und wöchentlich ausgewertet. Eine Rückmeldung an die Abteilungen erfolgt zeitnah.
10	Einweiserbefragungen	Ja In regelmäßigen Abständen finden Einweiserbefragungen statt. Mitarbeiter vom Sozialdienst und Belegungsmanagement kommunizieren fortlaufend mit diesen.

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name	Sandra Hanske
Telefon	036027 75 530
Fax	036027 75499
E-Mail	s.hanske@kh-lengenfeld.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Anna - Maria Launicke
Telefon	036027 75 750
Fax	036027 75 561
E-Mail	Krankenhaus_Lengenfeld@t-online.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

Der Arzneimittelprozess wird als multiprofessionelle Aufgabe erkannt, in der Ärzte, Pflegekräfte und punktuell der Apotheker in den therapeutischen Prozess eingebunden sind und zusammenarbeiten.

Alle an der Medikation Beteiligten, d.h. Ärzte und Pflegekräfte haben, von ihrem jeweiligen Arbeitsplatz aus, Zugriff auf notwendige und aktuelle Informationen zum Patienten, sowie unabhängige und evidenzbasierte Informationen zur Arzneimitteltherapie.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium	
Art des Gremiums	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Oberarzt
Titel, Vorname, Name	Dipl. med. Thomas Klein
Telefon	036027 75 568
E-Mail	t.klein@kh-lengendorf.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Ein leitender Mitarbeiter der liefernden Apotheke nimmt an den quartalsweise stattfindenden Ausschuttsitzungen teil. Zweimal jährlich erfolgt die externe Überprüfung der Medikamente, deren Lagerungen und Dokumentation. Dies wird protokolliert und ggf. bei Abweichungen Maßnahmen aufgezeigt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, zum Beispiel besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: – Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. – Medikationsprozess im Krankenhaus Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. – Entlassung Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	

Instrumente und Maßnahmen AMTS

Instrument bzw. Maßnahme

- 3 AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
- 4 AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
- 5 AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
- 6 AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
- 7 AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
- 8 AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu 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)
- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): elektronisches Bestellsystem in Zusammenarbeit mit der Apotheke

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- ☒ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Hilfe bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Zum 01.01.2020 traten die neue Ordnung für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger und schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener durch Kleriker und sonstige Beschäftigte im kirchlichen Dienst sowie der Rahmenordnung - Prävention gegen sexualisierte Gewalt an Minderjährigen und schutz- oder hilfebedürftigen Erwachsenen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz in allen (Erz)Diözesen in Kraft. Beide Regelwerke wurden vom ständigen Rat der Deutschen Bischofskonferenz am 18.11.2019 beschlossen und sodann für das Bistum Erfurt zum 01.01.2020 in Kraft gesetzt. Die Ausführungsbestimmungen Prävention gegen sexualisierte Gewalt an Minderjährigen und schutz- und hilfebedürftigen Erwachsenen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz (Rahmenordnung Prävention) für das Bistum Erfurt treten aktualisiert am 01.09.2024 in Kraft.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen?

Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Ja

Schutzkonzepte

- # Schutzkonzept
- 1 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
- 2 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
- 3 SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
- 4 SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
- 5 SK03: Aufklärung
- SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle
- 6 **Letzte Überprüfung:** 01.03.2024
- SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht
- 7 auf (sexuelle) Gewalt
- Letzte Überprüfung:** 01.03.2024

A-13 Besondere apparative Ausstattung

- 24h-Blutdruck-Messung
- 24h-EKG-Messung
- Belastungs-EKG/Ergometrie Belastungstest mit Herzstrommessung
- Defibrillator Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen
- Echokardiographiegerät
- Gastroenterologisches Endoskop Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- Koloskop zur Darmspiegelung
- Kipptisch Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung
- Röntgengerät
- Sonographiegerät /Dopplersonographiegerät
- Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung
- Schluckendoskopie

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Nein
		in Kooperation mit dem Ökumenischen Hainich Klinikum

#	Gerätenummer	24h verfügbar
2	AA22 – Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein
in Kooperation mit dem Ökumenischen Hainich Klinikum		

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall, dies trifft auch für das St. Elisabeth Krankenhaus zu.
Als Fachklinik für Geriatrie können wir aber keine spezielle Notfallversorgung gewährleisten und zahlen entsprechend, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, einen Abschlag.

Teilnahme an einer Notfallstufe	
Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

trifft nicht zu

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

trifft nicht zu

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

Teil B

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Fachklinik für Geriatrie St. Elisabeth

B-[1] Geriatrie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

B-[1].1.2 Ärztliche Leitung

trifft nicht zu

Leitungsart	
Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
Namen und Kontaktdaten	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Markus Götze
Telefon	036027 75 570
Fax	036027 75 5504
E-Mail	m.goetze@kh-lengenfeld.de
Strasse	Bahnhofstraße
Hausnummer	19
PLZ	99976
Ort	Lengenfeld unterm Stein

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 2 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
- 3 V001 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 4 V004 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 5 V003 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 6 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 7 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 8 VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- 9 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 10 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 11 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 12 V005 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 13 VR02 - Native Sonographie
- 14 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 15 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 16 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 17 VR04 - Duplexsonographie
- 18 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 19 V008 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 20 V006 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 21 V010 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 22 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 23 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 24 VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
- 25 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 26 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 27 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 28 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 29 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 30 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 31 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 32 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 33 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 34 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 35 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 36 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 37 VI40 - Schmerztherapie
- 38 VI39 - Physikalische Therapie
- 39 VI44 - Geriatrische Tagesklinik
- 40 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 41 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 42 VI38 - Palliativmedizin

- # Medizinische Leistungsangebote
- 43

VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 44

VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 45

VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 46

VI35 - Endoskopie
- 47

VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 48

VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 49

VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 50

VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 51

VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
- 52

VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
- 53

VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
- 54

VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
- 55

VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- 56

VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 57

VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

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

Vollstationäre Fallzahl	1747
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	193
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	150
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	86
4	S32.5	Fraktur des Os pubis	48
5	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	44
6	R26.3	Immobilität	40
7	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	39
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	39
9	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	36
10	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	31
11	S32.1	Fraktur des Os sacrum	31
12	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	25
13	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	25
14	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	21
15	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	20
16	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	19
17	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	19
18	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	18
19	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	17
20	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	17

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
21	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	17
22	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	14
23	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	14
24	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	14
25	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	13
26	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	11
27	S32.4	Fraktur des Acetabulums	10
28	E86	Volumenmangel	10
29	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	10
30	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	10

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	435
2	I50	Herzinsuffizienz	146
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	142
4	I63	Hirnfarkt	122
5	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	84
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	46
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	38
8	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	36
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	35
10	I70	Atherosklerose	34
11	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	28
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	21
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21
14	I21	Akuter Myokardinfarkt	21
15	S06	Intrakranielle Verletzung	19
16	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	17
17	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	15
18	K80	Cholelithiasis	14
19	N17	Akutes Nierenversagen	14
20	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	14
21	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13
22	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	13
23	M48	Sonstige Spondylopathien	12
24	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	11
25	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	11
26	E86	Volumenmangel	10
27	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	10
28	S52	Fraktur des Unterarmes	10
29	K57	Divertikulose des Darmes	10
30	A46	Erysipel [Wundrose]	10

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	897
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	675
3	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	641
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	575
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	477
6	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	437
7	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	219
8	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	212
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	208
10	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	99
11	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	80
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	76
13	8-800.0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE	49
14	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	46
15	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	42
16	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	38
17	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	30
18	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	27
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24
20	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	17
21	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	14
22	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13
23	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	10
24	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	9
25	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	9
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	7
28	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	5
29	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	4
30	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	4

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	2014
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1652
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	504
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	307
5	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	212
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	76
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	49
8	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	42
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	17
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	13
13	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	10
14	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	9
15	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	7
17	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	5
18	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	5
19	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	4
20	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	4
21	8-190	Spezielle Verbandstechniken	4
22	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	4

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

trifft nicht zu

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		10,6	Fälle je VK/Person	164,81131
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,6
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		9,2	Fälle je VK/Person	189,891312
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,2

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1

AQ23 - Innere Medizin
- 2

AQ63 - Allgemeinmedizin
- 3

AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 4

AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
- 5

AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
- 6

AQ42 - Neurologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1

ZF09 - Geriatrie
- 2

ZF30 - Palliativmedizin
- 3

ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung
- 4

ZF52 - Ernährungsmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		37,73	Fälle je VK/Person	46,30268
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,73
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		15,77	Fälle je VK/Person	110,779961
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,77
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		6,35	Fälle je VK/Person	275,1181
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,35
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	698,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		4,24	Fälle je VK/Person	412,02832
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,24

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

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1

PQ13 - Hygienefachkraft
- 2

PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3

PQ20 - Praxisanleitung
- 4

PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1

ZP13 - Qualitätsmanagement
- 2

ZP19 - Sturzmanagement
- 3

ZP09 - Kontinenzmanagement

#	Zusatzqualifikation
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP18 - Dekubitusmanagement
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP05 - Entlassungsmanagement
9	ZP07 - Geriatrie
	11
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP15 - Stomamanagement
	ZP02 - Bobath
12	Grund- und Aufbaukurs
	ZP08 - Kinästhetik
13	Grundkurs

B-[2] Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[2].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart	
Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
Namen und Kontaktdaten	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Markus Götze
Telefon	036027 75 570
Fax	036027 75 5504
E-Mail	m.goetze@kh-lengenfeld.de
Strasse	Bahnhofstraße
Hausnummer	19
PLZ	99976
Ort	Lengenfeld unterm Stein

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

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

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien

#	Medizinische Leistungsangebote
5	VI44 - Geriatrische Tagesklinik
6	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
7	VI39 - Physikalische Therapie
8	VI40 - Schmerztherapie
9	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
10	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
11	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
12	VD20 - Wundheilungsstörungen
13	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
14	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
15	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
17	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
18	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
19	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
20	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
21	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
22	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
23	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	147

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	16
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	14
3	M54.4	Lumboischialgie	9
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	6
5	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	6
6	R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	6
7	M54.5	Kreuzschmerz	6
8	M54.2	Zervikalneuralgie	5
9	M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	5
10	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	4
11	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	35
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	23
3	I50	Herzinsuffizienz	21
4	M48	Sonstige Spondylopathien	8
5	M47	Spondylose	7

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	1800
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	44
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	41
4	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	23
5	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	14
6	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	8
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	6

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1800
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	122
3	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	14

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu

B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

trifft nicht zu

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,6

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ63 – Allgemeinmedizin
- 2 AQ23 – Innere Medizin

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

siehe B 11. 1.2.

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF09 – Geriatrie
- 2 ZF30 – Palliativmedizin
- 3 ZF52 – Ernährungsmedizin
- 4 ZF45 – Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,38	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,38

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Basiskurs Zercur Geriatrie

Aufbaukurs Zercur Geriatrie

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP02 - Bobath
- 2 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 3 ZP07 - Geriatrie
- 4 ZP08 - Kinästhetik
- 5 ZP01 - Basale Stimulation
- 6 ZP16 - Wundmanagement
- 7 ZP18 - Dekubitusmanagement
- 8 ZP20 - Palliative Care

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

trifft nicht zu

Teil C

C Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung dient der Sicherung eines festgelegten Qualitätsniveaus. Dabei unterscheiden wir zwischen der internen und externen Qualitätssicherung. Die externe Qualitätssicherung ist eine für alle Krankenhäuser gleichermaßen vorgegebene Struktur mit entsprechender Qualitätsdefinition und Festlegungen zur Erreichung und Kontrolle. Die Teilnahme ist gesetzlich geregelt und verpflichtend.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

trifft nicht zu

DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	387
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	387

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

trifft nicht zu

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

trifft nicht zu

1. 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
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 1,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1747
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	16,64
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 0,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1747
Beobachtete Ereignisse	8

3. 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 geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1747
Beobachtete Ereignisse	0

4. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01

Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1747
Beobachtete Ereignisse	0

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

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

☒ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

Im Bereich der Geriatrie ist kein entsprechendes Programm etabliert.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Gemidas PRO

Das St. Elisabeth Krankenhaus nimmt an dem externen Qualitätssicherungsprojekt GEMIDAS PRO teil.

Dabei handelt es sich um eine zentrale Datenbank, in der in anonymisierter Form die wichtigsten Behandlungsdaten von Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes für Geriatrie als Grundparameter erfasst werden.

Durch dieses Projekt haben wir seit Jahren die Möglichkeit, die Leistungsprozesse sowie die erzielten Ergebnisse bundesweit mit vergleichbaren Einrichtungen zu messen und auf diese Weise ggf. bestehende Verbesserungspotentiale aufzudecken.

Die bundesweite Auswertung nach einheitlichen Mess- und international anerkannten Testverfahren zeigt, dass bei ca. 85 % der Patienten relevante Verbesserungen der Alltagskompetenz und des gesundheitlichen Ausgangszustandes erzielt werden konnte.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Trifft für die Geriatrie nicht zu.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

trifft nicht zu

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

trifft nicht zu

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

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

Nein

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

In der Einrichtung besteht ein entsprechendes Konzept.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen

12

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

12

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

12

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - 1 - Tagschicht	100 %
2	Geriatrie - 1 - Nachtschicht	58,33 %
3	Geriatrie - 2 - Tagschicht	100 %
4	Geriatrie - 2 - Nachtschicht	75 %
5	Geriatrie - 3 - Tagschicht	100 %
6	Geriatrie - 3 - Nachtschicht	50 %
7	Geriatrie - 4 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
8	Geriatrie - 4 - Nachtschicht	66,67 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - 1 - Tagschicht	92,35 %
2	Geriatrie - 1 - Nachtschicht	54,37 %
3	Geriatrie - 2 - Tagschicht	97,27 %
4	Geriatrie - 2 - Nachtschicht	60,93 %
5	Geriatrie - 3 - Tagschicht	95,63 %
6	Geriatrie - 3 - Nachtschicht	56,28 %
7	Geriatrie - 4 - Tagschicht	94,26 %
8	Geriatrie - 4 - Nachtschicht	60,38 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)

Trifft nicht zu

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein