

# Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

## MediClin Klinik am Brunnenberg

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr  
2020

Übermittelt am: 15.11.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

## Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

### **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 Bericht 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.

## Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| -        | <b>Einleitung.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>A</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des<br/>Krankenhausstandorts .....</b>   | <b>6</b>  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....   | 6         |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers.....  | 7         |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....   | 7         |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....  | 7         |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....  | 8         |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....   | 9         |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit.....   | 10        |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....   | 12        |
| A-9      | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....  | 12        |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....  | 12        |
| A-11     | Personal des Krankenhauses.....   | 12        |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....   | 22        |
| A-13     | Besondere apparative Ausstattung.....   | 32        |
| A-14     | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c<br>Absatz 4 SGB V .....   | 32        |
| <b>B</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b>  | <b>33</b> |
| B-1      | Neurologie und Neurologische Frührehabilitation .....   | 33        |
| <b>C</b> | <b>Qualitätssicherung.....</b>  | <b>39</b> |
| C-1      | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden<br>Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 39        |
| C-2      | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....  | 82        |
| C-3      | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)<br>nach § 137f SGB V.....   | 82        |
| C-4      | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung<br>.....  | 82        |

---

|     |   |           |
|-----|---|-----------|
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....                   | 82        |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....        | 82        |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 83        |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....  | 83        |
| -   | <b>Anhang</b> .....   | <b>84</b> |
|     | Diagnosen zu B-1.6 .....  | 84        |
|     | Prozeduren zu B-1.7 .....   | 85        |

**- Einleitung**

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | Qualitätsmanagementbeauftragter  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                             | André Obenauf  |
| <b>Telefon</b>  | 037437/8-3325  |
| <b>Fax</b>  | 037437/8-2204  |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:andre.obenauf@mediclin.de">andre.obenauf@mediclin.de</a> |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts |  |
|--|--|
| <b>Funktion</b>  | Kaufmännische Direktorin   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>  | Heidi Hins   |
| <b>Telefon</b>   | 037437/8-3233  |
| <b>Fax</b>   | 037437/2172-   |
| <b>E-Mail</b>  | <a href="mailto:heidi.hins@mediclin.de">heidi.hins@mediclin.de</a> |

**Weiterführende Links**Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.klinik-am-brunnenberg.de>Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.mediclin.de>

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus                             |  |
|---|--|
| Krankenhausname                         | MediClin Klinik am Brunnenberg   |
| Hausanschrift                           | Endersstraße 5<br>08645 Bad Elster   |
| Zentrales Telefon                       | 037437/8-0   |
| Zentrale E-Mail                         | <a href="mailto:info.brunnenberg-reha@mediclin.de">info.brunnenberg-reha@mediclin.de</a> |
| Institutionskennzeichen                 | 261450085  |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 773322000  |
| Standortnummer (alt)                    | 00   |

### Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin |  |
|--------------------------------------|--|
| Funktion                             | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name                 | Dr. med. Harald Bennefeld  |
| Telefon                              | 037437/8-3218  |
| Fax                                  | 037437/8-3203  |
| E-Mail                               | <a href="mailto:harald.bennefeld@mediclin.de">harald.bennefeld@mediclin.de</a> |

### Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin |  |
|---|--|
| Funktion                                | Pflegedienstleiterin   |
| Titel, Vorname, Name                    | Gabriele Lange   |
| Telefon                                 | 037437/8-3217  |
| Fax                                     | 037437/2172-   |
| E-Mail                                  | <a href="mailto:gabriele.lange@mediclin.de">gabriele.lange@mediclin.de</a> |

### Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin |  |
|---------------------------------------|--|
| Funktion                              | Kaufmännische Direktorin   |
| Titel, Vorname, Name                  | Heidi Hins   |
| Telefon                               | 037437/8-3233  |
| Fax                                   | 037437/2172-   |
| E-Mail                                | <a href="mailto:heidi.hins@mediclin.de">heidi.hins@mediclin.de</a> |

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger |                        |
|-------------------|------------------------|
| Name              | MediClin GmbH & Co. KG |
| Art               | Privat                 |

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| 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  |   |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung  |   |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden                              | Die MediClin Klinik am Brunnenberg stellt einen Abschiedsraum für Angehörige und Freunde von verstorbenen Patientinnen und Patienten zur Verfügung. |
| MP10 | Bewegungsbad/Wassergymnastik  |   |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie   |   |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)                                    |   |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung  |   |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege                                  |   |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie  |   |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege                         |   |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage   |   |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |   |
| MP21 | Kinästhetik   |   |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung   |   |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage  |   |
| MP25 | Massage   |   |
| MP26 | Medizinische Fußpflege  |   |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie   |   |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie  |   |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                |   |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse                                       |   |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)                                    |   |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst           |   |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik                                 |   |
| MP37 | Schmerztherapie/-management   |   |
| MP62 | Snomezelen  |   |



|      |   |                             |
|------|---|-----------------------------|
| MP63 | Sozialdienst  |                             |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit   | Informationsveranstaltungen |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen          |                             |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie  |                             |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker  |                             |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen   |                             |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot   |                             |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie   |                             |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung   |                             |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik   |                             |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen   |                             |
| MP51 | Wundmanagement  |                             |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |                             |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  |                             |

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Leistungsangebot   | Link  | Kommentar   |
|------|--|---|---|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |   |   |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |   |   |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | <a href="https://www.klinik-am-brunnenberg.de/ihre-aufenthaltsleistungen/#anreise-und-aufnahme">https://www.klinik-am-brunnenberg.de/ihre-aufenthaltsleistungen/#anreise-und-aufnahme</a> | Der größte Teil der Abteilung Frührehabilitation ist technisch ähnlich wie eine Überwachungsstation ausgestattet. So stehen z.B. die technische Ausrüstung zur Monitorüberwachung sowie Beatmung im Vordergrund. Bei Bedarf stehen TV/Rundfunk, Telefon und Internet zur Verfügung. |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| NM40 | Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter |  |  |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten   |  |  |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen   |  |  |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)   |  |  |
| NM42 | Seelsorge  |  |  |
| NM68 | Abschiedsraum  |  |  |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen |  |
|---|--|
| Funktion  | Pflegedienstleiterin   |
| Titel, Vorname, Name                                | Gabriele Lange   |
| Telefon   | 037437/8-3217  |
| Fax   | 037437/2172-   |
| E-Mail  | <a href="mailto:gabriele.lange@mediclin.de">gabriele.lange@mediclin.de</a> |

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit   | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |           |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung                                  |           |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen                            |           |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen         |           |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen   |           |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen   |           |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)   |           |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher  |           |

|      |  |  |
|------|--|--|
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung   |  |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige   |  |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung  |  |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                             | [z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht, ob elektrisch verstellbar, Betten bis 240kg, bis 2,10m länge]   |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße           |  |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | [z. B. Patientenlifter, Rollstühle, Duschstühle]   |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                                  | [z. B. Anti-Thrombosestrümpfe, Rutschbretter, Gehwagen]  |
| BF23 | Allergenarme Zimmer  |  |
| BF24 | Diätische Angebote   | alle Diäten, z.B. Laktose , Gluten   |
| BF25 | Dolmetscherdienst  | [z. B. Konkretisierung, für welche Sprachen Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen englisch, russisch, französisch, arabisch, rumänisch, tschechisch, italienisch, weißrussisch, hindi und albanisch) |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  | z. B. englisch, russisch, tschechisch, französisch, arabisch, rumänisch, italienisch, weißrussisch, hindi, albanisch   |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus   | Englisch   |
| BF30 | Mehrsprachige Internetseite  | Englisch   |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung   |  |
| BF39 | Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses   | <a href="https://www.klinik-am-brunnenberg.de/">https://www.klinik-am-brunnenberg.de/</a>  |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme  |  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten    |
|------|---|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                   |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                      |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |
| FL09 | Doktorandenbetreuung  |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen   | Kommentar   |
|------|---|---|
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut   | Praxispartner für den praktischen Teil der Ausbildung |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger     |   |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner                                     |   |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Praxispartner für den praktischen Teil der Ausbildung |
| HB09 | Logopädin und Logopäde  | Praxispartner für den praktischen Teil der Ausbildung |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten |    |
|--------|----|
| Betten | 20 |

## A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle |    |
|--|----|
| Vollstationäre Fallzahl                          | 96 |
| Teilstationäre Fallzahl                          | 0  |
| Ambulante Fallzahl                               | 0  |

## A-11 Personal des Krankenhauses

**A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 4,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 1,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

## A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,22

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,22              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,22              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 1,72

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,72              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,72              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |



**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,3

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,3               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)**

Anzahl Vollkräfte: 0,1

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,1               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,1               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

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

Anzahl Vollkräfte: 0,1

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,1               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,1               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP18 - Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher**

Anzahl Vollkräfte: 0,1

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0,1               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0                 |           |
| Nicht Direkt             | 0,1               |           |

### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 3

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)**

Anzahl Vollkräfte: 0,1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0,1               |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0                 |           |
| Nicht Direkt             | 0,1               |           |

### **SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Anzahl Vollkräfte: 0,68

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,68              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,68              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge**

Anzahl Vollkräfte: 0,4

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,4               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,4               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

Anzahl Vollkräfte: 0,3

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,3               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta**

Anzahl Vollkräfte: 4

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 1

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

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

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

| <b>Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</b> |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | Qualitätsmanagementbeauftragte   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>   | André Obenauf  |
| <b>Telefon</b>  | 037437/8-3325  |
| <b>Fax</b>  | 037437/8-2204  |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:andre.obenauf@mediclin.de">andre.obenauf@mediclin.de</a> |

### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium                           |                 |
|--|-----------------|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Klinikleitung   |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person |   |
|--------------------|---|
| Angaben zur Person | Eigenständige Position für Risikomanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement |  |
|---|--|
| Funktion  | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name                                      | Dr. Harald Bennerfeld  |
| Telefon   | 037437/8-3218  |
| E-Mail  | <a href="mailto:harald.bennerfeld@mediclin.de">harald.bennerfeld@mediclin.de</a> |

#### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe        |  |
|--|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe        | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Klinikleitung                              |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz                            |

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme                         | Zusatzangaben   |
|------|--|---|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen                           |   |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement                     | Name: Notfallkonzept<br>Datum: 27.06.2019                     |
| RM05 | Schmerzmanagement                                | Name: Expertenstandart Schmerzmanagement<br>Datum: 01.11.2017 |
| RM06 | Sturzprophylaxe                                  | Name: Expertenstandard Sturzprophylaxe<br>Datum: 01.11.2017   |

|      |   |   |
|------|---|---|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe<br>Datum: 01.04.2018   |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen   | Name: Pflegestandard Freiheitsentziehende Maßnahmen<br>Datum: 01.03.2017                                |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  | - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>- Qualitätszirkel<br>- interdisziplinäre Teambesprechungen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen  |   |
| RM18 | Entlassungsmanagement   | Name: Expertenstandard Entlassungsmanagement<br>Datum: 01.11.2017                                       |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem       |   |
|----------------------------------|---|
| Internes Fehlermeldesystem       | Ja  |
| Regelmäßige Bewertung            | Ja  |
| Tagungsfrequenz des Gremiums     | andere Frequenz   |
| Verbesserung Patientensicherheit | - Sturzaufklärung<br>- Dekubitusaufklärung<br>- kognitiv eingeschränkte Patienten erhalten Armbänder mit Namen und Zimmernummer |

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  | 20.09.2019    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen   | bei Bedarf    |
| 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

| Übergreifendes Fehlermeldesystem |      |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |



## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal   | Anzahl (Personen) | Kommentar   |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern   | 1                 | Betreuung über BZH Freiburg   |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte   | 1                 |   |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention<br>„Hygienefachkräfte“ (HFK) | 2                 | eine interne Hygienefachkraft und eine externe Fachkraft des BZH Freiburg |
| Hygienebeauftragte in der Pflege  | 2                 |   |

| Hygienekommission              |              |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja           |
| Tagungsfrequenz des Gremiums   | halbjährlich |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission |  |
|---|--|
| Funktion  | Chefärztin Ortho   |
| Titel, Vorname, Name                                | Anja Nette   |
| Telefon   | 037437/8-3212  |
| Fax   | 037437/8-3797  |
| E-Mail  | <a href="mailto:anja.nette@mediclin.de">anja.nette@mediclin.de</a> |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

| <b>1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| <b>Der Standard thematisiert insbesondere</b>                      |    |
| a) Hygienische Händedesinfektion                                   | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle            | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit                                       | Ja |
| <b>d) Weitere Hygienemaßnahmen</b>                                 |    |
| - sterile Handschuhe   | Ja |
| - steriler Kittel  | Ja |
| - Kopfhaube  | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz  | Ja |
| - steriles Abdecktuch  | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert            | Ja |

| <b>2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert  | Ja |

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

| <b>Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie</b>           |    |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor  | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst                   | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| <b>Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe</b> |   |
|--|---|
| Der Standard liegt vor   | Am Standort werden keine Operationen durchgeführt |

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| <b>Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| <b>Der interne Standard thematisiert insbesondere</b>                      |    |
| a) Hygienische Händedesinfektion   | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen                            | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden                         | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe           | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion          | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert      | Ja |

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| <b>Händedesinfektion (ml/Patiententag)</b>   |       |
|--|-------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen                      |       |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben        | nein  |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen                     |       |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben       | ja    |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 11,40 |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen  | nein  |

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

| <b>MRSA</b>   |    |
|---|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor                                   | Ja |

**Risikoadaptiertes Aufnahmescreening**

|  |    |
|--|----|
| <b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b> | Ja |
|--|----|

**Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang**

|  |    |
|--|----|
| <b>Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren</b> | Ja |
|--|----|

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben               | Kommentar  |
|------|--|-----------------------------|--|
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)               | Teilnahme (ohne Zertifikat) | Die MediClin Klinik am Brunnenberg führt zusammen mit dem Lieferant Schülke&Mayr einen "Tag der Händehygiene" für alle Mitarbeiter, Patienten und Gäste durch. |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |                             |  |

**A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

| Lob- und Beschwerdemanagement   |    | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---------------------------|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt  | Ja |                           |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja |                           |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | Ja |                           |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | Ja |                           |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert   | Ja |                           |

**Regelmäßige Einweiserbefragungen**

|                     |      |
|---------------------|------|
| <b>Durchgeführt</b> | Nein |
|---------------------|------|

| Regelmäßige Patientenbefragungen |    |
|----------------------------------|----|
| Durchgeführt                     | Ja |
| Link                             |    |
| Kommentar                        |    |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden |    |
|--|----|
| Möglich                                    | Ja |
| Link                                       |    |
| Kommentar                                  |    |

#### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement |  |
|---|--|
| Funktion                                    | Sekretariat Kaufmännische Direktion  |
| Titel, Vorname, Name                        | Ina Rustemeier   |
| Telefon                                     | 037437/8-3234  |
| Fax   | 037437/2172-   |
| E-Mail                                      | <a href="mailto:ina.rustemeier@mediclin.de">ina.rustemeier@mediclin.de</a> |

| Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements |  |
|---|--|
| Link zum Bericht  |  |
| Kommentar   |  |

#### 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

| Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe  |                             |
|--|-----------------------------|
| Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? | Ja - Arzneimittelkommission |

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

| Angaben zur Person |  |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit |

| Verantwortliche Person AMTS |  |
|-----------------------------|--|
| Funktion                    | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name        | Harald Bennefeld   |
| Telefon                     | 037437/8-3218  |
| E-Mail                      | <a href="mailto:harald.bennefeld@mediclin.de">harald.bennefeld@mediclin.de</a> |

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal          | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker       | 0                 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0                 |

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. 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 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, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) 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.

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |  |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |  |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   | - Fallbesprechungen<br>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  | - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten         |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte  | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h verfügbar                |
|------|--|---|------------------------------|
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG)                           | Hirnstrommessung  | Nein                         |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses                  |  |
|--|--|
| Zugeordnete Notfallstufe                                       | Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Nein   |

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

|   |      |
|---|------|
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?  | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? | Nein |



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Neurologie und Neurologische Frührehabilitation

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Neurologie und Neurologische Frührehabilitation"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 2800           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name     | Dr. med. Harald Bennefeld  |
| Telefon                  | 037437/8-3218  |
| Fax                      | 037437/8-3203  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:harald.bennefeld@mediclin.de">harald.bennefeld@mediclin.de</a> |
| Straße/Nr                | Endersstraße 5   |
| PLZ/Ort                  | 08645 Bad Elster   |
| Homepage                 |  |

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen |    |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG    | Ja |

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                                     | Kommentar |
|------|--|-----------|
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen         |           |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen |           |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen         |           |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen      |           |

|      |   |   |
|------|---|---|
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden   |   |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns                                       |   |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns  |   |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute  |   |
| VN09 | Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation                  |   |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen       |   |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen                     |   |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems                             |   |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems                 |   |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus          |   |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |   |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels      |   |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen                      |   |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen  |   |
| VN20 | Spezialsprechstunde   |   |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation  |   |
| VN23 | Schmerztherapie   |   |
| VX00 | Neurochirurgie  | - Nachbehandlung nach Operationen<br>- Indikationsstellung für operative Versorgung |

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |    |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 96 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0  |

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-1.11 Personelle Ausstattung**

**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 4,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 4,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 21,33333

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 1,5

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 1,5               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 1,5               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 64

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) |
|------|---|
| AQ41 | Neurochirurgie  |
| AQ42 | Neurologie  |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung               |
|------|------------------------------------|
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |
| ZF40 | Sozialmedizin                      |
| ZF44 | Sportmedizin                       |

#### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 4                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 6                 |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                            |
| PQ13 | Hygienefachkraft   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP02 | Bobath              |
| ZP13 | Qualitätsmanagement |
| ZP16 | Wundmanagement      |

**B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches 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 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Geburtshilfe  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation                              | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel                                    | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich   | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|--|----------|------------------------------|--|
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation                               | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Karotis-Revaskularisation  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel                    | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe  | 9        | 100,0                        |  |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation                   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation                    | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |



| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen                         | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                        | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation               | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

## **C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[2] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[3] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[4] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[5] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[6] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[7] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



**C-1.2.[8] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[9] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[10] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[11] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[12] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[13] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[14] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[15] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



**C-1.2.[16] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[17] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[18] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[19] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[20] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[21] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[22] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[23] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



**C-1.2.[24] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[25] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[26] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[27] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **C-1.2.[28] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[29] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[30] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[31] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



## **C-1.2.[32] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[33] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-1.2.[34] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-1.2.[35] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [— (vgl. Hinweis auf Seite 2)]**

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

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

| Leistungsbereich                      | Pflege: Dekubitusprophylaxe   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)   |
| Ergebnis-ID                           | 52009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 99  |
| Beobachtete Ereignisse                | 0   |
| Erwartete Ereignisse                  | 0,55  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52009</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,32 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,04 - 1,06  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 6,72  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>52010</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 99  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel Event  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,00 - 0,00%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 3,74%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3   |
| Ergebnis-ID   | 521801   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 99   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,06%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,06 - 0,06%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 3,74%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2   |
| Ergebnis-ID   | 52326  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 99   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,33%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,33 - 0,33%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 3,74%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene 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**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2 Angaben zum Prognosejahr****C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| <b>Nr.</b> | <b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>  | <b>Anzahl (Personen)</b> |
|------------|--|--------------------------|
| 1          | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 5                        |
| 1.1        | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen   | 5                        |
| 1.1.1      | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben  | 2                        |

## **C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

### **C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Anhang**

| <b>Diagnosen zu B-1.6</b> |                 |  |
|---------------------------|-----------------|--|
| <b>ICD-Ziffer</b>         | <b>Fallzahl</b> | <b>Bezeichnung</b>   |
| B00.4                     | (Datenschutz)   | Enzephalitis durch Herpesviren   |
| D18.02                    | (Datenschutz)   | Hämangiom: Intrakraniell   |
| G06.0                     | (Datenschutz)   | Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom                                       |
| G06.1                     | (Datenschutz)   | Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulom  |
| G37.2                     | (Datenschutz)   | Zentrale pontine Myelinolyse   |
| G62.1                     | (Datenschutz)   | Alkohol-Polyneuropathie  |
| G62.80                    | 7               | Critical-illness-Polyneuropathie   |
| G72.80                    | (Datenschutz)   | Critical-illness-Myopathie   |
| G82.22                    | (Datenschutz)   | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung |
| G82.29                    | (Datenschutz)   | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet                  |
| G82.39                    | (Datenschutz)   | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet                               |
| G91.8                     | (Datenschutz)   | Sonstiger Hydrozephalus  |
| G93.1                     | (Datenschutz)   | Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert                                  |
| G95.2                     | (Datenschutz)   | Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet   |
| I60.2                     | (Datenschutz)   | Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend                           |
| I60.9                     | (Datenschutz)   | Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet  |
| I61.0                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal                              |
| I61.4                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn  |
| I61.5                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung   |
| I61.8                     | (Datenschutz)   | Sonstige intrazerebrale Blutung  |
| I61.9                     | (Datenschutz)   | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet   |
| I62.9                     | (Datenschutz)   | Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet                          |
| I63.0                     | (Datenschutz)   | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien   |
| I63.1                     | 4               | Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien   |
| I63.2                     | (Datenschutz)   | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien    |
| I63.3                     | (Datenschutz)   | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien  |
| I63.4                     | 16              | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien  |
| I63.5                     | 10              | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien       |
| I63.8                     | 13              | Sonstiger Hirnfarkt  |
| I63.9                     | (Datenschutz)   | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet  |
| I64                       | (Datenschutz)   | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet                                    |
| M46.46                    | (Datenschutz)   | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich  |
| M47.86                    | (Datenschutz)   | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich   |
| R26.3                     | (Datenschutz)   | Immobilität  |
| S06.5                     | (Datenschutz)   | Traumatische subdurale Blutung   |
| S06.6                     | (Datenschutz)   | Traumatische subarachnoidale Blutung   |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 1-207.0    | 5             | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)                                     |
| 1-613      | 30            | Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop  |
| 1-632.0    | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs                                     |
| 1-902.0    | (Datenschutz) | Testpsychologische Diagnostik: Einfach  |
| 3-200      | 4             | Native Computertomographie des Schädels   |
| 3-800      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels   |
| 3-802      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark                                   |
| 3-820      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel   |
| 3-823      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel                       |
| 5-431.20   | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode                            |
| 5-431.21   | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie           |
| 8-552.0    | 19            | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage  |
| 8-552.5    | 16            | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |
| 8-552.6    | 12            | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage |
| 8-552.7    | 10            | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage |
| 8-552.8    | 17            | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage |
| 8-552.9    | 5             | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage                  |
| 9-200.00   | 7             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte         |
| 9-200.01   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte         |
| 9-200.02   | 6             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte         |
| 9-200.1    | 9             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte                                  |
| 9-200.5    | 10            | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.6    | 4             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.7    | 8             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.8    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.9    | 8             | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.a    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte                                 |
| 9-200.b    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte                                 |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 9-200.c    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte        |
| 9-200.d    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte        |
| 9-200.e    | 14            | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte      |
| 9-984.6    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1                   |
| 9-984.7    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2                   |
| 9-984.8    | 8             | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3                   |
| 9-984.a    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5                   |
| 9-984.b    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website [www.derprivatpatient.de](http://www.derprivatpatient.de) enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

## PKV-Standorte

### Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln  
Postfach 51 10 40 50946 Köln

### Büro Berlin

Heidestraße 40  
10557 Berlin  
Telefon +49 30 204589-66  
Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH ([www.saatmann.de](http://www.saatmann.de)).