

# Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	4
	Einleitung .....	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	7
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	9
A-9	Anzahl der Betten .....	9
A-10	Gesamtfallzahlen .....	9
A-11	Personal des Krankenhauses .....	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	9
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	20
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	20
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	22
B-[0100]	Innere Medizin .....	22
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	22
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	22
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	22
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	22
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	22
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	23
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	23
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	23
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	23
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	23
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren .....	23
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	23
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	23
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	23
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	23
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	23
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	23

B-[0100].11	Personelle Ausstattung .....	23
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	23
B-[0100].11.2	Pflegepersonal .....	23
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	24
C	Qualitätssicherung .....	25
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	25
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	28
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	28
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	28
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	28
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	29
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	29
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	29
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) .....	29
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	30

## Vorwort

Der Standort 772904000 (Ebersteinburg des Krankenhauses Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl) wurde während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 im Rahmen des klinikweiten Belegungskonzepts als sog. "Corona"-Haus für den Fall vorgesehen, dass die Versorgungskapazitäten am Standort 772902000 (Balg des Klinikums Mittelbaden Baden-Baden Bühl) nicht mehr ausreichen würden. Aus krankenhaushygienischen Erwägungen heraus sollte die Betriebsstelle 772905000 (Rastatt) frei von Corona-Fällen gehalten werden, um das Risiko eines Ausbruchs dort zu vermeiden und so die Notfallversorgung der Patienten, die nicht von Corona betroffen waren, sicherzustellen. Die Versorgung von Corona-Patienten während eines Massenfalls sollte auch in 772904000 (Ebersteinburg) erfolgen und dadurch die Fortführung des "Routine"-Betriebs am Standort 772905000 (Rastatt) sichergestellt werden. Die Inanspruchnahme des Standorts Ebersteinburg hat sich im Jahr 2022 als nicht notwendig herausgestellt, so dass der Standort nicht zur Versorgung stationärer Patienten genutzt wurde. Der vorliegende Bericht beschreibt daher lediglich die weiterhin vorgehaltene Rahmenstruktur. Das für die unmittelbare Patientenversorgung benötigte Personal würde für diesen Fall aus anderen Einrichtungen des Trägers zusammengezogen.

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Datum der Erstellung des Berichts: Oktober 2023

Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML: 3M

Verwendete Software mit Versionsangabe:

3M Qualitätsbericht Version V.2023.4.0.0 (18.01.2024)

### Verantwortliche

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kommissarische Leitung Zentrales Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Sabine Martini
Telefon	07222 389 2202
Fax	07222 389 62001
E-Mail	S.Martini@klinikum-mittelbaden.de

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Leitung Baden-Baden Bühl
-------------------------------	--

Titel, Vorname, Name	Heike Ullrich-Bunge
Telefon	07221 91 1991
Fax	07221 91 1989
E-Mail	H.Ullrich-Bunge@klinikum-mittelbaden.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <http://www.klinikum-mittelbaden.de>

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Ebersteinburg
PLZ	76530
Ort	Baden-Baden
Straße	Dr.-Rumpf-Weg
Hausnummer	7
IK-Nummer	260820013
Standort-Nummer	772904000
Standort-Nummer alt	3
Telefon-Vorwahl	07221
Telefon	2130
E-Mail	info.ebersteinburg@klinikum-mittelbaden.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.klinikum-mittelbaden.de">http://www.klinikum-mittelbaden.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

#### Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Ebersteinburg

PLZ	76530
Ort	Baden-Baden
Straße	Dr.-Rumpf-Weg
Hausnummer	7
IK-Nummer	260820013
Standort-Nummer	772904000
Standort-Nummer alt	3
Standort-URL	<a href="http://www.klinikum-mittelbaden.de">http://www.klinikum-mittelbaden.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

### Leitung des Krankenhauses

#### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Klinik für Kinder und Jugendmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. Markus Kratz
Telefon	07221 91 2601
Fax	07221 91 2601
E-Mail	M.Kratz@klinikum-mittelbaden.de

#### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Heike Ullrich-Bunge
Telefon	07221 91 1991
Fax	07221 91 1989
E-Mail	H.Ullrich-Bunge@klinikum-mittelbaden.de

#### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektion
Titel, Vorname, Name	Elisabeth Born
Telefon	07221 91 2104
E-Mail	E.Born@klinikum-mittelbaden.de

### Leitung des Standorts

#### Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Ebersteinburg - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Heike Ullrich-Bunge
Telefon	07221 91 1991
Fax	07221 91 1989
E-Mail	H.Ullrich-Bunge@Klinikum-Mittelbaden.de

#### Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Ebersteinburg - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Klinik für Kinder und Jugendmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. Markus Kratz
Telefon	07221 91 2601
Fax	07221 91 62601
E-Mail	M.Kratz@Klinikum-Mittelbaden.de

#### Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Ebersteinburg - Pflegedienstleitung



## A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Soziale Dienste und Entlassmanagement Kliniken
Titel, Vorname, Name	Soziale Dienste des KMB Nach konsiliarischer Beauftragung durch die Stationen
Telefon	07221 91 2120
Fax	07221 91 2116
E-Mail	bad-soz@klinikum-mittelbaden.de

## A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
3	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
4	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
5	BF24 - Diätetische Angebote
6	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
7	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung Andachtsraum im EG
8	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
9	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
10	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
11	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
12	BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
13	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
15	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
16	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
17	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
18	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
19	BF38 - Kommunikationshilfen

#	Aspekte der Barrierefreiheit
20	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 26

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

Ambulante Fallzahl 0

StäB. Fallzahl 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kommissarische Leitung Zentrales Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Sabine Martini
Telefon	07222 389 2202
Fax	07222 389 62001
E-Mail	S.Martini@Klinikum-Mittelbaden.de

#### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

##### Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

##### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführung bestehend aus Ärztlicher-, Kaufmännischer- und Pflegerischer Leitung, Vertreter des Betriebsrates, Vertreter des Zentralen Qualitäts- und Klinischem Risikomanagements
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

##### Kontakt-daten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor Rastatt-Forbach ppa., Querschnittverantwortung zentrales Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. Andreas Eichenauer ppa.
Telefon	07222 389 2001
Fax	07222 389 62001
E-Mail	A.Eichenauer@Klinikum-Mittelbaden.de

## A-12.2.2 Lenkungs-gremium

### Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Klinikdirektor, kaufm. Leitung, Pflegedirektion, Zentrales Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement, Oberarzt, Leitung Apotheke/ Einkauf, Leitung Hygienefachzentrum. Zusätzlich ist ein Risikozirkel mit Beteiligung des Controllings eingerichtet.

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM03: Mitarbeiterbefragungen RM06: Sturzprophylaxe
3	<b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Sturzprophylaxe Patienteninformation (01/2021) , P6 Sturzprophylaxe Standard (05/2021) <b>Letzte Aktualisierung:</b> 26.05.2021
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> P1 Dekubitusprophylaxe Standard (05/2021), Patienteninformation Dekubitusprophylaxe (05/2021) <b>Letzte Aktualisierung:</b> 26.05.2021
5	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Fixiergurte, Fixiergurte Ausgabe, Fixierung eines Patienten/ Durchführung, Fixierung eines Patienten/ Dokumentationsprotokoll, Freiwillige Fixierung (01/2021), Bewegungsplan Fixierungskontrolle stdl. Intervall (01/2021) <b>Letzte Aktualisierung:</b> 11.01.2021
6	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Handbuch Medizintechnik <b>Letzte Aktualisierung:</b> 05.11.2020
7	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
8	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Dienstanweisung Patientenidentifikation (Langversion Kurzversion) (02/2020) <b>Letzte Aktualisierung:</b> 20.02.2020

## Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
9	RM18: Entlassungsmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Interdisziplinäres Entlassungsmanagement Kliniken Konzept <b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.05.2021
10	RM04: Klinisches Notfallmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Innerklinisches Notfallmanagement, Verfahrensweisung der Klinik KMB Balg/ Schulungen und Zusammenstellung der Notfallausrüstung in enger Zusammenarbeit zwischen den Kliniken. <b>Letzte Aktualisierung:</b> 30.03.2022
11	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Risikomanagement Handbuch <b>Letzte Aktualisierung:</b> 10.01.2022
12	RM05: Schmerzmanagement <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Abteilung Schmerztherapie vor Ort, umfangreiche Dokumentation zur Thematik Schmerz, u.a. Indikation zur multimodalen Schmerztherapie Checkliste <b>Letzte Aktualisierung:</b> 19.07.2021

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <b>Letzte Aktualisierung:</b> 21.03.2023
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <b>Frequenz:</b> monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <b>Frequenz:</b> jährlich

#### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Patientenarmbänder, Kommunikationsplattform: "CIRS aktuell", Aktualisierung der Regelungen zur Patientenidentifikation, Jährliche Definierung von Qualitätszielen zur Patientensicherheit, Aktion saubere Hände, regelmäßige Prozessüberprüfung im Rahmen von Begehungen und internen Audits.

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

##### **Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

##### **Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker**

Anzahl (in Personen) 0

Erläuterungen	0
---------------	---

##### **Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen)	0
----------------------	---

##### **Hygienefachkräfte (HFK)**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen)	0
----------------------	---

Erläuterungen	0
---------------	---

##### **Hygienebeauftragte in der Pflege**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Ja

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

##### **Hygienekommission**

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Nein

#### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

**Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl  Kein Einsatz von ZVK

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

**Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor  Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst  Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert  Ja

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor**

Auswahl  Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	<input type="checkbox"/> Nein
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input type="checkbox"/> Nein
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	<input type="checkbox"/> Nein

**Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl  Nein

**Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft**

Auswahl  Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor**

Auswahl  Ja

### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

### Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen AllgemEinstationen erhoben Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf AllgemEinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen AllgemEinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 35

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Nein

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

##### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

##### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <b>Name:</b> QiG
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <b>Frequenz:</b> andere Frequenz (FALSCH ZUORDNUNG!) <i>In Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum</i>
3	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>In Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum</i>

##### Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

HAND-KISS

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

##### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja

## Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
3	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
4	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
5	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Verfahrensanweisung Lob- und Beschwerdemanagement, Verfahrensanweisung Meinungsbögen
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Das Beschwerdemanagement ist dezentral organisiert, d.h. die Hausleitungen der jeweiligen Einrichtungen sind als Beschwerdeverantwortliche die Ansprechpartner für die Beschwerdeführer. Eine Übersicht der Beschwerdeverantwortlichen ist im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich.
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Einweiserbefragungen	Nein
9	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
10	Patientenbefragungen	Ja

## Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Kaufmännische Leitung

Titel, Vorname, Name

Heike Ullrich-Bunge

Telefon

07221 91 1989

Fax

07221 91 61989

E-Mail

H.Ullrich-Bunge@klinikum-mittelbaden.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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



## Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
10	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

### Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

### Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

### Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

### **Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Präventions- und Interventionsmaßnahmen  
vorgesehen? Nein

### **Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor**

Auswahl Nein

## **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

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

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

### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

#### **Teilnahme an einer Notfallstufe**

Notfallstufe bereits vereinbart? Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

### **A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

### **A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

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

Das Krankenhaus verfügt über eine  
Notdienstpraxis, die von der  
Kassenärztlichen Vereinigung in oder an  
dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[0100] Innere Medizin

#### B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

#### B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

#### B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verweis auf Angaben im Vorwort
Titel, Vorname, Name	zu Personal im Bedarfsfall
Telefon	0 0 0
Fax	0 0 0
E-Mail	Info.ebersteinburg@klinikum-mittelbaden.de
Strasse	0
Hausnummer	0
PLZ	00000
Ort	0
URL	<a href="http://www.klinikum-mittelbaden.de">http://www.klinikum-mittelbaden.de</a>

#### B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

#### B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

## B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	0

## B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung	Nein
-------------------------	------

## B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0
---	---

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /  
akademische Abschlüsse

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie  
und Psychosomatik

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	63
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet.

##### 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet.

##### 09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet.

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	15
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet.

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegogen berechnet.

### 15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	194
Dokumentationsrate	100,52
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### 16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	1946
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	113
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### 18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	207
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	196
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	408
Dokumentationsrate	100,25
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### HEP\_IMP - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	387
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### HEP\_WE - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	23
Dokumentationsrate	104,35
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	176
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### KEP\_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	166
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### KEP\_WE - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### NEO - Neonatologie

Fallzahl	199
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Fallzahl	628
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

### PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	549
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

### Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ( [Baden-Württemberg, Hessen])	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung ( [Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen 0

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen 0

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben 0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

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

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

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

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

### **Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet**

Antwort

Nein