



SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht 2022

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	13
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	14
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2	Pflegepersonal	15
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-12.1	Qualitätsmanagement	18
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	19
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	22
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	27
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	28
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung	31
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	31

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	31
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	34
B-[1]	Neurologie	34
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	35
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	36
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	36
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	36
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	37
B-[1].11	Personelle Ausstattung	37
C	Qualitätssicherung	41
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	41
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	41
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	41
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	44
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	44
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	44
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	45
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	45
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	45
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	46
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	46
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	46

C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	47
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	48

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

leidenschaftlich arbeiten 11.000 Mitarbeitende in unseren gemeinnützigen zehn Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und unseren ca. 180 Praxen mit rund 5.000 Betten an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt für das Wohlergehen und die Gesundheit von ca. 1,2 Millionen Patient:innen.

Dabei stehen Qualität und Patientensicherheit stets im Mittelpunkt unseres Handelns und somit die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse. Diese richten wir fundiert und durchdacht am Bedarf unserer Patient:innen aus.

Mit unserem ganzheitlichen Qualitäts- und klinischen Risikomanagementsystem setzen wir Maßstäbe und stellen die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Patient:innen in den Mittelpunkt. Ein wesentlicher Baustein davon sind unsere konzernübergreifenden Richtlinien, die klare verbindliche Standards setzen und einheitliche Handlungsmuster für unsere 16 Standorte schaffen.

Es sind nicht nur Qualitäts- und Patientensicherheitsthemen zentral vorgegeben, sondern eine Reihe von Messinstrumenten, wie Kennzahlen und Patientenbefragungen zur Bewertung der vorhandenen Qualität aller unserer Standorte.

Die Zertifizierung unserer Zentren sowie die regelmäßige Überprüfung durch neutrale Stellen sind für uns nicht nur Verpflichtung, sondern auch Bestätigung unseres Einsatzes um höchste Qualität und Sicherheit. Die Ergebnisse unserer Analysen und Maßnahmen fließen nicht nur in unsere strategischen Entscheidungen ein, sondern auch in die kontinuierliche Verbesserung unserer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

In Ergänzung dazu führen wir in Hochrisikobereichen unserer Akutkliniken Sicherheitsaudits durch. Somit entdecken wir Verbesserungspotenziale frühzeitig und können durch konsequente Umsetzung der Empfehlungen messbar und stetig unseren Sicherheitsindex erhöhen. Diese Audits sind integraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems, das darauf abzielt, die Sicherheit für Patient:innen und Mitarbeitende kontinuierlich zu optimieren. Die Erkenntnisse aus den Sicherheitsaudits werden in den Prozess der Zertifizierung und regelmäßigen Überprüfung integriert, um ein umfassendes Bild unserer Leistungsfähigkeit und Sicherheitsstandards zu gewährleisten.

Unser Engagement bei IQM sowie unser Einsatz für Standards und Transparenz in der medizinischen Qualität bekräftigen unseren Anspruch, die Qualität im Gesundheitswesen zu fördern und zu verbessern. Durch die Digitalisierung und Aufbau ein zentrales Wissensmanagements stellen wir sicher, dass unsere Mitarbeitenden stets Zugang zu relevanten Informationen haben und unsere Prozesse kontinuierlich optimiert werden.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Überblick über unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hochwertigen Patientenversorgung unserer SRH Gesundheit überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

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.

Eine Chance für das Leben.

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim bietet die Integration von Intensivmedizin und neurologischer Frührehabilitation. Die durchgängige Rehabilitation ab einem sehr frühen Zeitpunkt ermöglicht die langfristige Behandlung vegetativ instabiler Patienten. Das Einzugsgebiet ist überregional. In der Klinik stehen den Patienten 64 Betten zur Verfügung, davon 24 Betten für intensivmedizinische Behandlung einschließlich Beatmungsmöglichkeit.



Verantwortliche
Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätskoordinator
Titel, Vorname, Name	Jürgen Holub
Telefon	07326 9608 0
Fax	07326 9608 111
E-Mail	juergen.holub@srh.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jens Albat
Telefon	07326 9608 0
Fax	07326 9608 115
E-Mail	jens.albat@srh.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.fachkrankenhaus-neresheim.de/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH
PLZ	73450
Ort	Neresheim
Straße	Kösinger Straße
Hausnummer	11
IK-Nummer	510811999
Standort-Nummer	771075000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	07326
Telefon	96080
E-Mail	info.fkne@srh.de
Krankenhaus-URL	http://www.fachkrankenhaus-neresheim.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name	Alexander Bisping
Telefon	07326 9608 0
Fax	07326 9608 115
E-Mail	alexander.bisping@srh.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. Annette Reeh
Telefon	07326 9608 220
Fax	07326 9608 212
E-Mail	annette.reeh@srh.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Michael Steube
Telefon	07326 9608 300
Fax	07326 9608 115
E-Mail	michael.steube@srh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu
-----------------	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Med.pfleg. Leistungsangebot

- 1 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

Vor Entlassung wird bei jedem Patienten geprüft, ob Hilfsmittel erforderlich sind. Diese werden bei Bedarf verordnet.

- 2 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

Sie unterstützen die aktive und passive Bewegungstherapie, dienen aber auch der allgemeinen Entspannung.

- 3 MP51 - Wundmanagement

Speziell weitergebildete Pflegekräfte führen regelmäßig Wundvisiten durch mit Unterstützung durch einen externen Dienstleister.

- 4 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen

Die Abteilung Neuropsychologie bietet die Beratung der Angehörigen über das neuropsychologische Krankheitsbild bzw. Einbeziehung der Angehörigen in die Therapien an. Zusätzlich werden Angehörigeninformationsveranstaltungen angeboten.

Med.pfleg. Leistungsangebot

5 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie

Im Rahmen der neuropsychologischen Behandlung werden bei Bedarf spezifische Entspannungsverfahren angewendet. Die Neuropsychologie berät die Angehörigen zum neuropsychologischen Störungsbild, Umgangsmöglichkeiten mit dem Patienten und Umgangsmöglichkeiten mit eigenen psychischen Problemen.

6 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

Diagnose und Behandlung von Stimm-, Sprech-, und Sprachstörungen durch ausgebildete Sprachtherapeuten (Logopäden)

7 MP63 - Sozialdienst

8 MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.®), Lagerung nach LIN®, Robotik für Gang-, Arm- und Fingertraining (Lokomat, Armeo, You-Grabber), Manuelle Therapie, Basale Stimulation in der Pflege, Behandlung nach dem Affoltermodell® IPU

9 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

10 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird durch die Sozialberatung hergestellt und gepflegt.

11 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

Einzel- und Gruppentherapie

12 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)

Neuropsychologische Einzel- und Gruppentherapie

13 MP37 - Schmerztherapie/-management

Bei jedem Patienten wird individuell geprüft, ob eine Schmerztherapie erforderlich ist. Schmerztherapeutische ärztliche Expertise ist im Haus vorhanden.

14 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

Durch die Analyse und Behandlung der Abweichungen von der physiologischen Bewegung werden die motorischen Funktionen, die Haltungskontrolle sowie die Anbahnung selektiver Bewegungen verbessert. Ziel ist dabei die bestmögliche Rückkehr in die Selbständigkeit im Alltag.

15 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

Das Entlassmanagement beginnt mit der Aufnahme. Die Beachtung der rechtlichen Vorgaben und Betreuung der Patienten und Angehörigen erfolgt durch die Mitarbeiter der Sozialberatung und des Case-Managements. Angehörige werden bei Fragen beraten und beim Suchen einer passenden Einrichtung unterstützt

Med.pfleg. Leistungsangebot

16 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie

Als Einzel- und/oder Gruppentherapie. Therapieziel ist die Verbesserung, Wiederherstellung oder Kompensation von beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen. Den Patienten soll eine möglichst große Selbständigkeit und Handlungsfreiheit im Alltag wieder ermöglicht werden.

17 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

Im individuellen Gespräch werden den Angehörigen unserer Patienten wichtige Aspekte im Umgang mit der Krankheitssituation vermittelt. Themen sind u.a. sozialrechtliche Fragen, Umgang mit den Pat., Fragen zum Krankheitsbild. Zusätzlich werden Angehörigeninformationsveranstaltungen angeboten.

18 MP04 - Atemgymnastik/-therapie

Im Pflegedienst: im Rahmen der aktivierenden therapeutischen Pflege nach Bobath und Atemstimulierenden Einreibung, sowie Kontaktatmung nach den Richtlinien der Basalen Stimulation® in der Pflege. Therapieziel ist u.a. die Entwöhnung von Beatmungsgeräten. In der Therapie: Einsatz von Atemtherapeuten.

19 MP06 - Basale Stimulation

Multimodale pflegerische Stimulation fördert bei bewusstseinsgestörten Menschen die Eigenwahrnehmung.

20 MP27 - Musiktherapie

Als Einzel- und/oder Gruppentherapie. Musik wird eingesetzt zur akustischen Stimulation, Förderung des Wohlbefindens, Entspannung, nonverbaler Kommunikation, Förderung der Ausdrucksmöglichkeiten, Förderung der Beweglichkeit (bis hin zur Gangschule) und Verbesserung der Eigenwahrnehmung.

21 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen des Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden. Das Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit, sowie die Schmerz-Reduktion.

22 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst

Die Behandlung basiert auf einer umfassenden neuropsychologischen Diagnostik. Ziel ist die Verbesserung von Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen, die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, sowie die bestmögliche psychosoziale Integration.

23 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

Med.pfleg. Leistungsangebot

24 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

Die meisten unserer Patienten sind aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung zunächst mit einem Blasenkatheter zur Ableitung der Harnflüssigkeit versorgt. Die schrittweise Entwöhnung erfolgt auf Anordnung des Arztes und wird von der Pflege durchgeführt.

25 MP24 - Manuelle Lymphdrainage

Bei der Lymphdrainage handelt es sich um ein Therapiekonzept zur Ableitung von Ansammlungen der Lymphflüssigkeit (Ödeme) z.B. in den Händen.

26 MP25 - Massage

27 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

Für Angehörige und Interessierte: Infoveranstaltungen für Angehörige.

28 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

Rehabilitative Pflege: Qualifizierung von Mitarbeitern in neurochirurgisch-neurologischer Rehabilitationspflege u.a.

29 MP45 - Stomatherapie/-beratung

Unterstützung durch externe Fachkräfte.

30 MP26 - Medizinische Fußpflege

Medizinische Fußpflege kommt bei Bedarf ins Haus.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot

1 NM02: Ein-Bett-Zimmer

Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation

2 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation

3 NM10: Zwei-Bett-Zimmer

4 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation

5 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen

6 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung

Bei Bedarf wird der Kontakt zu den örtlichen Pfarrämtern hergestellt

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Jürgen Holub
Telefon	07326 9608 213
Fax	07326 9608 115
E-Mail	juergen.holub@srh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
3	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
4	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergewicht, elektrisch verstellbar)
7	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
8	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
9	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
10	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
11	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
12	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
<hr/> <i>verschiedene Hilfsgeräte zur Mobilisation</i>	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

- 1 FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

Gemeinsam mit Kliniken und Forschungseinrichtungen auf nationaler und internationaler Ebene werden im Rahmen von Forschungsgruppen wissenschaftliche Fragen auf dem Gebiet schwerer Bewusstseinsstörungen und therapeutischer Interventionen bei schwerst hirngeschädigten Patienten untersucht.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	64
---------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	271
-------------------------	-----

Teilstationäre Fallzahl	0
-------------------------	---

Ambulante Fallzahl	0
--------------------	---

StäB. Fallzahl	0
----------------	---

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				9,44
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,49	Ohne	1,95
--------------------------	------------	------	-------------	------

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,44
-----------------	-----------------	---	------------------	------

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				6,1
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,15	Ohne	1,95
--------------------------	------------	------	-------------	------

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,1
-----------------	-----------------	---	------------------	-----

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				72,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	72,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	72,92
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				2,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,88
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				8,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,93
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				0,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				12,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,43

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

Gesamt				0,51
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,51

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Gesamt				0,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				9,63
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,63

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				2,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,27

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
-----------------	----------	---	-----------	---

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				5,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,94

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				13,62
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,62

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				2,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,22

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

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

Gesamt				0,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Gesamt				1,61
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,61

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				0,75
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				6,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,2

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätskoordinator
Titel, Vorname, Name	Jürgen Holub
Telefon	07326 9608 0
Fax	07326 9608 115
E-Mail	juergen.holub@srh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Krankenhausleitungskonferenz: Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Chefärztin, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Personalleitung, QM-Koordinator.
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe Letzte Aktualisierung: 14.11.2023
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallalarm AA Letzte Aktualisierung: 19.10.2020
5	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PST 005 Dekubitus- Thrombose- Pneumonie- Soor- und Parotitisprophylaxe Letzte Aktualisierung: 05.06.2019
6	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) Letzte Aktualisierung: 03.04.2017

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
7	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Bedienungsanleitung Störmeldemodul MedTech Letzte Aktualisierung: 17.01.2023
8	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	RM18: Entlassungsmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe Letzte Aktualisierung: 14.11.2023
12	RM06: Sturzprophylaxe <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PST 031 Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 22.03.2017
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe Letzte Aktualisierung: 14.11.2023
14	RM05: Schmerzmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Klinikkonzept SRH Fachkrankenhaus Neresheim Letzte Aktualisierung: 11.05.2016
15	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Ablauf AA Letzte Aktualisierung: 16.12.2019
16	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Ablauf AA Letzte Aktualisierung: 16.12.2019
17	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Ablauf AA Letzte Aktualisierung: 16.12.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel
- Andere: interdisziplinäre Rehabilitationsbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 09.01.2013
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: 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	Wöchentliche Überprüfung der Herzalarmanlage auf den Stationen. Jährliche Auswertung der Sturzrate und Art des Sturzes durch den Arzt. Einsatz von sog. Klingelmatten bei bestimmten Patientenklintel.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Extern

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. Annette Reeh
Telefon	07326 9608 201
E-Mail	annette.reeh@srh.de

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	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

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

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

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor

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

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

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

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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	Ja
---------	----

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

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
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 Wundaufgabe	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)	45
---	----

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	24
--	----

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
4	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	Frequenz: monatlich
	<i>zentral: im Rahmen von Pflichtfortbildungstagen für Mitarbeiter:Innen, außerdem dezentral auf den jeweiligen Stationen durch die Hygienefachkraft Pflege.</i>

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

HAND-KISS

MRSA-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
3	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
4	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
5	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <u>https://www.fachkrankenhaus-neresheim.de/kontakt/</u> <i>Die Homepage verfügt über die Eingabemöglichkeit von Lob und Kritik und es gibt einen Beschwerdebriefkasten</i>
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätskoordinator
Titel, Vorname, Name	Jürgen Holub
Telefon	07326 9608 0
Fax	07326 9608 115
E-Mail	juergen.holub@srh.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.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin der Arzneimittelkommission
Titel, Vorname, Name	Dr. Annette Reeh
Telefon	07326 9608 0
E-Mail	annette.reeh@srh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	2
Erläuterungen	externer Apotheker Krankenhausapotheke Ostalb sowie intern beschäftigte pharmazeutisch-technische Assistentinnen.

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
2	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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 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?	Ja
---	----

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen
---------	---

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <hr/> <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i>
2	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <hr/> <i>Hirnstrommessung</i>
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <hr/> <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
4	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein <hr/> <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> <hr/> <i>In Kooperation mit Radiologie-Verbund Ostalbkreis</i>

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 Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
----------------------------------	--

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 Fachabteilungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Neurologie



Dr. Annette Reeh

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. Annette Reeh
Telefon	07326 96080
Fax	07326 9608212
E-Mail	annette.reeh@srh.de

Strasse	Kösinger Straße
Hausnummer	11
PLZ	73450
Ort	Neresheim
URL	http://www.fachkrankenhaus-neresheim.de

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

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

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
2	VN00 - („Sonstiges“): Neurologisch-neurochirurgische Intensivmedizin
3	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
4	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
6	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute <i>z.B. Meningitis</i>
7	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
8	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
9	VN00 - („Sonstiges“): Ernährungssonden
10	VN23 - Schmerztherapie
11	VN00 - („Sonstiges“): Spastikbehandlung

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

Vollstationäre Fallzahl	271
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I60	Subarachnoidalblutung	62
2	S06	Intrakranielle Verletzung	56
3	I61	Intrazerebrale Blutung	38
4	I63	Hirnfarkt	38
5	G62	Sonstige Polyneuropathien	29
6	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	23
7	G91	Hydrozephalus	6

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	667
2	9-401	Psychosoziale Interventionen	357
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	356
4	8-390	Lagerungsbehandlung	265
5	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	258
6	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	245
7	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	230
8	9-404	Neuropsychologische Therapie	224
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	219
10	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	216

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In dieser Fachabteilung werden keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten angeboten.

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

In dieser Fachabteilung werden keine ambulanten Operationen erbracht.

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,44	Fälle je VK/Person	28,70763
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,49	Ohne	1,95
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,44
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,1	Fälle je VK/Person	44,42623
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,15	Ohne	1,95
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,1

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ23 - Innere Medizin

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF37 - Rehabilitationswesen

Zusatz-Weiterbildung

5 ZF09 - Geriatrie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		72,92	Fälle je VK/Person 3,7164
Beschäftigungsverhältnis	Mit	72,92	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 72,92
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		2,88	Fälle je VK/Person 94,09722
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,88	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2,88
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		8,93	Fälle je VK/Person 30,34714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,93	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 8,93
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)			
Gesamt		1	Fälle je VK/Person 271
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften			
Gesamt		2	Fälle je VK/Person 135,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften			
Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person 297,8022
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,91

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP16 - Wundmanagement

C Qualitätssicherung

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

DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	38
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	38

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 4,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	4,3
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

2. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID 52010

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Einheit %

Bundesergebnis 0,01

Vertrauensbereich bundesweit 0,01 - 0,01

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0 - 1,45

Fallzahl

Grundgesamtheit 262

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

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

Ergebnis-ID 521800

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	0

4. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	1,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,6 - 3,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	4

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,05 - 4,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	262
Beobachtete Ereignisse	6

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])	Trifft nicht zu

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

Das Krankenhaus nimmt an keinen Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

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

Trifft nicht zu.

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	5
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	5
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Neurologische Frührehabilitation - Station 1 - Tagschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
2	Neurologische Frührehabilitation - Station 1 - Nachtschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
3	Neurologische Frührehabilitation - Station 2 - Tagschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
4	Neurologische Frührehabilitation - Station 2 - Nachtschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
5	Neurologische Frührehabilitation - Station 3 - Tagschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - Station 3 - Nachtschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Neurologische Frührehabilitation - Station 1 - Tagschicht	85,03 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
2	Neurologische Frührehabilitation - Station 1 - Nachtschicht	89,82 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
3	Neurologische Frührehabilitation - Station 2 - Tagschicht	75,15 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
4	Neurologische Frührehabilitation - Station 2 - Nachtschicht	96,71 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
5	Neurologische Frührehabilitation - Station 3 - Tagschicht	97,9 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - Station 3 - Nachtschicht	100 % <hr/> <i>Februar bis Dezember 2021</i>

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (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
---------	------

