



SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	15
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	18
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	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4	31
	SGB V	

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	31
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	31
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1]	Neurologie	33
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	34
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	34
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	36
B-[1].11	Personelle Ausstattung	36
C	Qualitätssicherung	40
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	40
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	40
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	40
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	42
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	42
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	42
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	43
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	43
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	43
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	44
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	44

C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	44
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	44
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	45
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	45

Vorwort

Sehr geehrte Leser:innen,

in unseren gemeinnützigen zehn Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und mehreren medizinischen Versorgungszentren an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt versorgen wir jährlich rund 1,2 Millionen Patient:innen. Mit etwa 11.000 Mitarbeitenden und 5.000 Betten leisten wir einen wichtigen Beitrag zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung.

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse. Unser Ziel ist es, Abläufe klar, effizient und konsequent am Bedarf unserer Patient:innen auszurichten. Dabei sind Qualität und Patientensicherheit die zentralen Leitprinzipien unseres täglichen Handelns.

Wir verfügen über ein ganzheitliches Qualitäts- und klinisches Risikomanagementsystem, das auf konzernübergreifenden Richtlinien basiert. Diese Richtlinien definieren verbindliche Standards und schaffen einheitliche Handlungsmuster für alle unsere Standorte. Neben Themen der Qualitäts- und Patientensicherheit kommen dabei einheitliche Messinstrumente wie Kennzahlen und Patientenbefragungen zum Einsatz, um die Versorgungsqualität systematisch zu bewerten.

Die Zertifizierung unserer Zentren sowie die regelmäßige Überprüfung durch unabhängige Stellen verstehen wir nicht nur als Verpflichtung, sondern auch als Bestätigung unseres hohen Engagements für Qualität und Sicherheit. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen direkt in unsere strategischen Entscheidungen ein und fördern die kontinuierliche Verbesserung unserer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Ergänzend führen wir in den Hochrisikobereichen unserer Akutkliniken Sicherheitsaudits durch. Diese ermöglichen es uns, Verbesserungspotenziale frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Maßnahmen den Sicherheitsindex messbar zu steigern. Damit sind die Audits ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel, die Sicherheit von Patient:innen und Mitarbeitenden kontinuierlich zu erhöhen.

Unser Engagement in IQM sowie unser Einsatz für klare Standards und Transparenz in der medizinischen Qualität unterstreichen unseren Anspruch, die Qualität im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern und weiterzuentwickeln.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Einblick in unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hohen Qualität unserer Patientenversorgung in den SRH Kliniken überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

Einleitung

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/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.fachkrankenhaus-neresheim.de/unser-fachkrankenhaus/qualitaets-und-risikomanagement/

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
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	Prokurist
Titel, Vorname, Name	Tobias Tettmann
Telefon	07326 9608 130
Fax	07326 9608 115
E-Mail	tobias.tettmann@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	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>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.</i>
2	MP04 - Atemgymnastik/-therapie <i>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.</i>
3	MP06 - Basale Stimulation <i>Multimodale pflegerische Stimulation fördert bei bewusstseinsgestörten Menschen die Eigenwahrnehmung.</i>
4	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>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.</i>

Med.pfleg. Leistungsangebot

5 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 des Sozialdienstes. Angehörige werden bei Fragen beraten und beim Suchen einer passenden Einrichtung unterstützt.

6 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.

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

Wöchentliche Fallvisiten / -besprechungen

8 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.

9 MP24 - Manuelle Lymphdrainage

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

10 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.

11 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.

12 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

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.

13 MP37 - Schmerztherapie/-management

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

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
14	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Die Abteilung Neuropsychologie bietet die Beratung der Angehörigen über das neuropsychologische Krankheitsbild bzw. Einbeziehung der Angehörigen in die Therapien an. Zusätzlich werden Angehörigeninformationsveranstaltungen angeboten.</i>
15	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <i>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.</i>
16	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Diagnose und Behandlung von Stimm-, Sprech-, und Sprachstörungen durch ausgebildete Sprachtherapeuten (Logopäden). Die Therapie der Schluckstörung erfolgt überwiegend durch die Ergotherapeuten (F.O.T.T.). Die Sprachtherapie wird ergänzend von den Neuropsychologen durchgeführt.</i>
17	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Vor Entlassung wird bei jedem Patienten geprüft, ob Hilfsmittel erforderlich sind. Diese werden bei Bedarf verordnet.</i>
18	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen <i>Sie unterstützen die aktive und passive Bewegungstherapie, dienen aber auch der allgemeinen Entspannung.</i>
19	MP51 - Wundmanagement <i>Pflegefachkräfte führen mit externen Wundmanagern Wundvisiten durch.</i>
20	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Über den Sozialdienst können Kontaktinformationen bezogen werden.</i>
21	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Einzel- und Gruppentherapie</i>
22	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Neuropsychologische Einzel- und Gruppentherapie</i>
23	MP63 - Sozialdienst <i>Der Sozialdienst berät die Patienten und ihre Angehörigen bzgl. rechtlicher, wirtschaftlicher und sozialer Probleme und organisiert die weitere medizinische Rehabilitation, ggf. die Nachsorge.</i>
24	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.®), Lagerung nach LIN®, Robotik für Gangtraining (Lokomat), Manuelle Therapie, Basale Stimulation in der Pflege, Behandlung nach dem Affoltermodell® IPU</i>
25	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
26	MP25 - Massage
27	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Für Angehörige und Interessierte: Infoveranstaltungen für Angehörige.</i>
28	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Rehabilitative Pflege: Qualifizierung von Mitarbeitern in neurochirurgisch-neurologischer Rehabilitationspflege und in neurologischen Pflegekonzepten geschulte Pflegefach- und Pflegehilfskräfte.</i>
29	MP26 - Medizinische Fußpflege <i>Medizinische Fußpflege kommt bei Bedarf ins Haus.</i>
30	MP45 - Stomatherapie/-beratung <i>Unterstützung durch externe Fachkräfte.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer <i>Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation</i>
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation</i>
3	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
4	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Wahlleistungsangebot und medizinischer Indikation</i>
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Für die Angehörigen werden zu medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialrechtlichen Themen Informationsveranstaltungen angeboten.</i>
6	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Auf Wunsch wird der Kontakt zu den örtlichen Pfarrämtern hergestellt</i>
8	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>Mit den Aufnahme-Unterlagen erhalten die Patientenangehörigen einen Info-Flyer zum Patienten-WLAN.</i>
9	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

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 Sanitäranlagen
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 (Übergröße, 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
	<i>verschiedene Hilfsgeräte zur Mobilisation</i>
13	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
14	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
15	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

#	Aspekte der Barrierefreiheit
16	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
17	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
18	BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage

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
<i>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.</i>	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

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

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	272
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				10,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,83
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				7,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,22

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				68,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	64,57	Ohne	4,23
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	68,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				2,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,36
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				9,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,56
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				2,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,38	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,38
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,69
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,69

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				11,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,26

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

Gesamt				1,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,43

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Gesamt				0,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,77

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				6,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,4

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				1,67
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2
--------	--	--	--	---

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

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				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Gesamt				2,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,36

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				0,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				12,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,27

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				12,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,27

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

--	--	--	--	--

Gesamt				4,85
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,85

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 Direktorin, Chefarzt, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, 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 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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: 22.09.2025
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
5	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
6	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
7	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
8	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
11	RM18: Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
12	RM06: Sturzprophylaxe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
13	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025
14	RM05: Schmerzmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Prozessmodell FKNe
	Letzte Aktualisierung: 22.09.2025

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

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

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
	Letzte Aktualisierung: 31.03.2023
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Frequenz: monatlich

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
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 bestimmtem Patientenlientel. Wöchentliche konzeptübergreifende Praxisbegleitungen auf Station.

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 Pflgerat, 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 Krankenhaushygieniker

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)	2

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. Annette Reeh
Telefon	07326 9608 220
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 Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl

Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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
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)	43
---	----

Intensivstationen

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	52
--	----

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).	Ja
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
4	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: NRZ Hygiene
5	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
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://www.fachkrankenhaus-neresheim.de/kontakt/ Die Homepage verfügt über die Eingabemöglichkeit von Lob und Kritik und es gibt einen Beschwerdebriefkasten
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

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 Teil A § 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 Teil A § 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
Erläuterungen	Kontaktaten von Anlaufstellen werden bereitgestellt. Außerdem Informationsgewinnung der MA über Teilnahme an Fortbildungen/Kongressen. Außerdem Leitlinien in einem Schutzkonzept eingearbeitet, welches Bestandteil der QM-Dokumentation ist. Vereinzelte MA bilden sich stetig in der Thematik weiter, der Austausch erfolgt über bereichsbezogene Team-Besprechungen. Außerdem ist ein klinikweites Beschwerdemanagement mit Verantwortlichem benannt, der Ablauf bei Beschwerden ist systematisch festgelegt.

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
2	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
4	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein
		<i>In Kooperation mit Radiologie am Klinikum Heidenheim.</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 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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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	272
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	52
2	G62	Sonstige Polyneuropathien	49
3	S06	Intrakranielle Verletzung	48
4	I61	Intrazerebrale Blutung	42
5	I60	Subarachnoidalblutung	31
6	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	30

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	525
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	354
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	292
4	8-390	Lagerungsbehandlung	267
5	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	258
6	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	256
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	242
8	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	242
9	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	242
10	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	235

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	10,83	Fälle je VK/Person	25,11542
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,83	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 10,83
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	7,22	Fälle je VK/Person	37,67313
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,22	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 7,22

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	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
2	ZF09 - Geriatrie

#	Zusatz-Weiterbildung
3	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF15 - Intensivmedizin
5	ZF37 - Rehabilitationswesen

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		68,8	Fälle je VK/Person 3,95349
Beschäftigungsverhältnis	Mit	64,57	Ohne 4,23
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 68,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		2,36	Fälle je VK/Person 115,254242
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2,36
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		9,56	Fälle je VK/Person 28,45188
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,56	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 9,56
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften			
Gesamt		2,38	Fälle je VK/Person 114,285713
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,38	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 2,38
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		3,69	Fälle je VK/Person 73,71274
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,69	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 3,69

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	PQ01 - Bachelor
4	PQ06 - Master
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	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	58
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	58

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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	2,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,17 - 3,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	5,9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
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 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 - 1,4
Fallzahl	
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	3,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,76 - 6,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	9

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])	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung ([Baden-Württemberg])	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.

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

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

Trifft nicht zu.

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

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

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- ◆ Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- ◆ Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- ◆ Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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 - 1 - Tagschicht	100 %
2	Neurologische Frührehabilitation - 1 - Nachtschicht	66,67 %
3	Neurologische Frührehabilitation - 2 - Tagschicht	91,67 %
4	Neurologische Frührehabilitation - 2 - Nachtschicht	83,33 %
5	Neurologische Frührehabilitation - 3 - Tagschicht	100 %
6	Neurologische Frührehabilitation - 3 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Neurologische Frührehabilitation - 1 - Tagschicht	72,13 %
2	Neurologische Frührehabilitation - 1 - Nachtschicht	75,41 %
3	Neurologische Frührehabilitation - 2 - Tagschicht	84,97 %
4	Neurologische Frührehabilitation - 2 - Nachtschicht	86,61 %
5	Neurologische Frührehabilitation - 3 - Tagschicht	95,08 %
6	Neurologische Frührehabilitation - 3 - Nachtschicht	99,73 %

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 Anhaltszahlen 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 %.

Trifft nicht zu.

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
---------	------

