



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# 2020

## Referenzbericht

Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

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

Übermittelt am: 15.11.2021  
Automatisch erstellt am: 19.01.2022  
Layoutversion vom: 10.05.2021



## Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese **maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML)**, einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9	Anzahl der Betten	8
A-10	Gesamtfallzahlen	8
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-13	Besondere apparative Ausstattung	20
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	20
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	22
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	22
C	Qualitätssicherung	27
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	31
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	31
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	31
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	31
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	32
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	33
-	Diagnosen zu B-1.6	34
-	Prozeduren zu B-1.7	35

- **Einleitung**

**Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Titel, Vorname, Name: Julia Gerlach  
Telefon: 0335/548-2490  
E-Mail: [qualitaetsmanagement@klinikumffo.de](mailto:qualitaetsmanagement@klinikumffo.de)

**Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

Position: Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name: Mirko Papenfuß  
Telefon: 0335/548-2001  
Fax: 0335/548-2003  
E-Mail: [gf@klinikumffo.de](mailto:gf@klinikumffo.de)

**Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.klinikumffo.de>  
Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
Hausanschrift: Müllroser Chaussee 7  
15236 Frankfurt (Oder)  
Institutionskennzeichen: 261201061  
URL: <http://klinikumffo.de/>  
Telefon: 0335/548-0  
E-Mail: [gf@klinikumffo.de](mailto:gf@klinikumffo.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Funk  
Telefon: 0335/548-2008  
E-Mail: [Aerztlicherdirektor@klinikumffo.de](mailto:Aerztlicherdirektor@klinikumffo.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Dr. rer. medic. Michael Ossadnik  
Telefon: 0335/548-2009  
E-Mail: [Pflegedienstleitung@klinikumffo.de](mailto:Pflegedienstleitung@klinikumffo.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsleiterin  
Titel, Vorname, Name: Petra Naumann  
Telefon: 0335/548-2901  
E-Mail: [Verwaltungsleitung@klinikumffo.de](mailto:Verwaltungsleitung@klinikumffo.de)

#### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Klinikum Frankfurt (Oder) Tagesklinik Seelow  
Hausanschrift: Puschkinplatz 17  
15306 Seelow  
Institutionskennzeichen: 261201061  
Standortnummer: 771635000  
Standortnummer alt: 03  
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Funk  
Telefon: 0335/548-2008  
E-Mail: [Aerztlicherdirektor@klinikumffo.de](mailto:Aerztlicherdirektor@klinikumffo.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Dr. rer. medic. Michael Ossadnik  
Telefon: 0335/548-2009  
E-Mail: [Pflegedienstleitung@klinikumffo.de](mailto:Pflegedienstleitung@klinikumffo.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsleiterin  
Titel, Vorname, Name: Petra Naumann  
Telefon: 0335/548-2901  
E-Mail: [Verwaltungsleitung@klinikumffo.de](mailto:Verwaltungsleitung@klinikumffo.de)

## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Name: Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Tochtergesellschaft der RHÖN-KLINIKUM AG  
Art: privat

## **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum: Nein  
Lehrkrankenhaus: Ja  
Name Universität: Charité-Universitätsmedizin Berlin

## **A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein  
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	

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

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Patientenbeauftragte  
 Titel, Vorname, Name: Kathrin Busch  
 Telefon: 0335/548-2002  
 E-Mail: [kathrin.busch@klinikumffo.de](mailto:kathrin.busch@klinikumffo.de)

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	





## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

## A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,00	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,41	

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	0,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,58	

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

##### SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,78	

##### SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	0,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,41	

### SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,58	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)  
 Titel, Vorname, Name: Julia Gerlach  
 Telefon: 0335/548-2490  
 E-Mail: [qualitaetsmanagement@klinikumffo.de](mailto:qualitaetsmanagement@klinikumffo.de)

#### A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  
 Funktionsbereiche:  
 Tagungsfrequenz: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)  
 Titel, Vorname, Name: Julia Gerlach  
 Telefon: 0335/548-2490  
 E-Mail: [qualitaetsmanagement@klinikumffo.de](mailto:qualitaetsmanagement@klinikumffo.de)

### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet:	Nein
Beteiligte Abteilungen:	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Funktionsbereiche:	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Tagungsfrequenz:	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung) vom 30.11.2019
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM06	Sturzprophylaxe	Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung) vom 30.11.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung) vom 30.11.2019
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung) vom 30.11.2019
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung) vom 30.11.2019

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise  
 Maßnahmen: -Regelmäßige Schulung der Mitarbeiter zu prozessrelevanten Verfahrensanweisungen/Standards

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	30.11.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja  
 Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Nr.	Erläuterung
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

Position: Krankenhaushygienikerin  
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Margret Seewald  
 Telefon: 0335/548-2850  
 E-Mail: [khhygiene@klinikumffo.de](mailto:khhygiene@klinikumffo.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Die Krankenhaushygienikerin ist für alle Standorte zuständig.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Für tagesklinischen Standort zuständig.
Hygienefachkräfte (HFK)	4	Die HFK sind für alle Standorte zuständig.
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Für tagesklinischen Standort zuständig.

### **A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

#### **A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

#### **A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.

#### **A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.



#### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	teilweise
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		E-Learning, Face-to-Face-Schulungen,  Pflichtfortbildungen: Eingeschlossen ist hier das Personal des Reinigungsdienstes und der Küche.

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Beschwerdemanagement bei dem mündlich oder schriftlich Kritik geäußert werden kann.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Die Zuständigkeiten, der Bearbeitungsablauf, die Bearbeitungszeiten und die Auswertungen von Hinweisen, Anregungen und Beschwerden sind in einer Verfahrensanweisung geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	nein	
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	nein	Einweiserbefragungen werden in regelmäßigen Abständen (3 Jahre) durchgeführt. Sie werden durch persönliche Kontakte ergänzt, um ein Bild von der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zu erhalten.

### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Position: Beschwerdemanagerin  
Titel, Vorname, Name: Patientenbeauftragte Kathrin Busch  
Telefon: 0335/548-2002  
E-Mail: [patientenbeauftragte@klinikumffo.de](mailto:patientenbeauftragte@klinikumffo.de)

### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  
Kommentar: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Position: Ehrenamtliche Patientenfürsprecherin  
Titel, Vorname, Name: Ehrenamtliche Patientenfürsprecherin Angelika Barsch  
Telefon: 0335/548-2002  
E-Mail: [patientenbeauftragte@klinikumffo.de](mailto:patientenbeauftragte@klinikumffo.de)

### **Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## 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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Leiterin Krankenhausapotheke
Titel, Vorname, Name:	Dipl.-Pharm. Britta Happ
Telefon:	0335/548-2176
Fax:	0335/548-2179
E-Mail:	<a href="mailto:apotheke@klinikumffo.de">apotheke@klinikumffo.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 3

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 6

Erläuterungen: Pharmazeutisches Personal ist für das gesamte Klinikum, mit allen Standorten, zuständig.

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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.

## Allgemeines

### AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

## Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)**

Qualitäts- u. Risikomanagement-Handbuch (EDV-gestützte Dokumentenlenkung)

30.11.2019

## Medikationsprozess im Krankenhaus

### AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### **A-14.4 Kooperationsvereinbarung mit Kassenaerztlicher Vereinigung**

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenaerztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: JA

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 Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: JA

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"**

Fachabteilungsschlüssel: 2960  
 Art: Allgemeine  
 Psychiatrie/Tageskli-  
 nik (für teilstationäre  
 Pflegesätze)

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt:**

Position: Chefarzt (bis 31.12.2019)  
 Titel, Vorname, Name: Herr Dr. med. Ulrich Niedermeyer  
 Telefon: 0335/548-4500  
 Fax: 0335/548-4502  
 E-Mail: [psychiatrie@klinikumffo.de](mailto:psychiatrie@klinikumffo.de)  
 Anschrift: Puschkinplatz 17  
 15306 Seelow  
 URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

##### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

#### **B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	55

#### **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

#### **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

#### **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**



### PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) Seelow

Ambulanzart: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)

Kommentar:

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)

Angebotene Leistung: Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)

Angebotene Leistung: Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

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

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Ja

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Keine Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachabteilung

### Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	

## B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,00	
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP07	Geriatric	gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege
ZP20	Palliative Care	

**B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,41	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,58	
Fälle je Anzahl	0,00000	

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	90		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	11		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	7		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	29		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	13		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	15		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Karotis-Revaskularisation (10/2)	50		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Gynäkologische Operationen (15/1)	180		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

Leistungsbereich QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Geburtshilfe (16/1)	811		100,12	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	67		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Mammachirurgie (18/1)	102		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Dekubitusprophylaxe (DEK)	326		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	186		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	160	HEP	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	30	HEP	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	80		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbetrieben berechnet

Leistungsbereich QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	76	KEP	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	4	KEP	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Neonatalogie (sog. Neonatalerhebung) (NEO)	220		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	300		100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzchirurgie (HCH)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	968		94,83	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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



## Strukturqualitätsvereinbarungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 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 zu machen.

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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.	1
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	0



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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F33.1	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

- **Prozeduren zu B-1.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren**

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.31	189	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.41	186	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.40	156	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.30	125	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.50	79	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-607	47	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.32	42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.42	41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	23	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.20	19	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.43	13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
3-800	11	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
9-649.10	6	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.0	5	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
3-200	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Schädels
3-802	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-820	(Datenschutz)	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-990	(Datenschutz)	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5-892.0g	(Datenschutz)	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Fuß
9-649.34	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.35	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.51	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-980.5	(Datenschutz)	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)
9-984.6	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.7	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).