



Kreisklinik Groß- Umstadt

Berichtsjahr 2022

Qualitätsbericht

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	8
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	8
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	10
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	11
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	11
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	12
A-11.2	Pflegepersonal	12
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	12
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1	Qualitätsmanagement	13
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	13
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	16
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	21
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	22
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung	25
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	25

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	25
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	25
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	26
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	26
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28
B-[2960]	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	28
B-[2960].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[2960].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[2960].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[2960].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[2960].6	Hauptdiagnosen nach ICD	29
B-[2960].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	29
B-[2960].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	30
B-[2960].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	31
B-[2960].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	31
B-[2960].11	Personelle Ausstattung	31
C	Qualitätssicherung	34
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	34
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	34
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	34
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	34
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	34
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	34
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	34
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	35
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	35
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136	35

Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	35
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	35
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	35
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	35
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	35
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	36

Vorwort

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sind ein Verbund mit den beiden Klinikstandorten Groß-Umstadt und Seeheim-Jugenheim in Trägerschaft des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Wir bieten unseren Patienten eine umfassende Vollversorgung, die moderne Medizintechnik und persönliche Zuwendung vereint.

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, mit rund 450 Betten verfügt über Kliniken für Traumatologie und Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin, Geriatrie, Radiologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie/Gesichtschirurgie, Innere Medizin I (Allg. Innere Medizin und Gastroenterologie) und Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) sowie das Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin und das Zentrum für seelische Gesundheit. Neben diesem breiten medizinischen Spektrum zeichnen wir uns durch Innovationen und Standortsicherheit aus.

Die Kreisklinik Groß-Umstadt versorgt auch alle Akutfälle aus der Region. Nach eingehender Untersuchung und Erstbehandlung durch ein speziell geschultes Ärzteteam werden Sie in der zuständigen Fachabteilung bestens versorgt. Ein eigenes Zentrallabor sowie eine Klinik für Radiologie übernehmen rund um die Uhr die notwendige Diagnostik.

In beiden Häusern befinden sich moderne Zimmer mit meist direktem Zugang zum Bad, Fernsehgerät und Telefon sind selbstverständlich, ebenso wie die tägliche Auswahl zwischen verschiedenen Menüs unserer Küche. Die Cafeteria bietet darüber hinaus eine große Auswahl an Speisen und Getränken an.

Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Handelns. An unseren beiden Standorten, der Kreisklinik Groß-Umstadt und der Kreisklinik Jugenheim, bieten wir unseren Patienten mit einem kompetenten Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeitern eine umfassende Vollversorgung.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiter/ Verwaltungsleiter

Kreisklinik Groß-Umstadt

Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Marco Bock-Klipstein
Telefon	06078 79 1005
E-Mail	m.bock-klipstein@kreiskliniken-dadi.de
Links	
Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kreiskliniken-dadi.de



Teil A

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Kreisklinik Groß-Umstadt
PLZ	64823
Ort	Groß-Umstadt
Straße	Krankenhausstr.
Hausnummer	11
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772812000
Standort-Nummer alt	1
Telefon-Vorwahl	06078
Telefon	790
E-Mail	info@kreiskliniken-dadi.de
Krankenhaus-URL	http://www.kreiskliniken-dadi.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Kreiskliniken Darmstadt Dieburg ZfSG Tagesklinik Dieburg

PLZ	64807
Ort	Dieburg
Straße	Steinstr.
Hausnummer	5
IK-Nummer	260610690
Standort-Nummer	772812000
Standort-Nummer alt	01
Standort-URL	http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiter
Titel, Vorname, Name	Christoph Dahmen
Telefon	06078 79 1000
Fax	06078 79 1801
E-Mail	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht
-------------------------------	---

Kreisklinik Groß-Umstadt

Titel, Vorname, Name Frau Pelin Meyer
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleiter
Titel, Vorname, Name Jens Müller-Laupert
Telefon 06078 79 1200
Fax 06078 79 1801
E-Mail j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter, Chefarzt – Facharzt Orthopädie,
Unfallchirurgie und Rheumatologie
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon 06078 79 2501
Fax 06078 79 1815
E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

Leitung des Standorts

Kreiskliniken Darmstadt Dieburg ZfSG Tagesklinik Dieburg – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiter
Titel, Vorname, Name Christoph Dahmen
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Kreiskliniken Darmstadt Dieburg ZfSG Tagesklinik Dieburg – Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht
Titel, Vorname, Name Pelin Meyer
Telefon 06078 79 1000
Fax 06078 79 1801
E-Mail betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Kreiskliniken Darmstadt Dieburg ZfSG Tagesklinik Dieburg – Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleiter
Titel, Vorname, Name Jens Müller-Laupert
Telefon 06078 79 1200
Fax 06078 79 1801
E-Mail j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de

Kreiskliniken Darmstadt Dieburg ZfSG Tagesklinik Dieburg – Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Leiter; Chefarzt – Facharzt Orthopädie,
Unfallchirurgie und Rheumatologie
Titel, Vorname, Name Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon 06078 79 2501

Fax 06078 79 1815
E-Mail p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers Landkreis Darmstadt-Dieburg
Träger-Art öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität
UMCH-Universitätsmedizin Neumarkt a. M. Campus Hamburg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP11 – Sporttherapie/Bewegungstherapie
2	MP16 – Ergotherapie/Arbeitstherapie
3	MP23 – Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
4	MP27 – Musiktherapie
5	MP30 – Pädagogisches Leistungsangebot
6	MP34 – Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Schwerbehindertenbeauftragter
Titel, Vorname, Name Christian Flach
Telefon 06078 79 4002
Fax 06078 79 1807

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF11 – Besondere personelle Unterstützung
2	BF24 – Diätetische Angebote
3	BF04 – Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
4	BF10 – Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	BF09 – Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	BF29 – Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
	z.B. mehrsprachige Aufklärungsbögen, Gesundheitswegweiser in verschiedenen Sprachen auf der Homepage (https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-besucher/#c90)
7	BF33 – Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL01 – Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	FL04 – Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	FL03 – Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 – Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Eigene Krankenpflegeschule: http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/karriere-und-beruf/krankenpflegeschule/index.html
2	HB19 – Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Praktikum für Physio-/ Ergotherapie und Logopäden.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 0

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0
 Teilstationäre Fallzahl 102
 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				1,32
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,32	Stationär	0
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				0,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				13,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,94
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,94

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

Das therapeutische Personal ist im Qualitätsbericht des Standortes Groß-Umstadt hinterlegt.

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen				
Gesamt				0,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,71
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten				
Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP23 – Diplom–Psychologin und Diplom–Psychologe

Gesamt				0,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,71	Stationär	0

SP24 – Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Unsere Klinik gehört dem CLINOTEL-Krankenhausverbund an. Bei CLINOTEL verfolgen leistungsstarke „Non-Profit-Krankenhäuser“ das gemeinsame Ziel, beste Medizin und höchste Patientenzufriedenheit zu erreichen. Durch eine kontinuierliche Befragung der stationären Patienten im gesamten Krankenhausverbund wird ein verbundweites Benchmarking ermöglicht. Die Sicht des Patienten liefert ebenfalls wertvolle Hinweise zur Behandlungsqualität im Krankenhaus.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Juliane Portmann
Telefon	06078 79 1013
E-Mail	j.portmann@kreiskliniken-dadi.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	Betriebsleitung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Betriebsrat, Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement
verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Mitarbeiterin Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name

Justina Bergmann

Telefon

06078 79 1005

E-Mail

j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

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: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA: Lebensrettende Sofortmaßnahmen /Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter Letzte Aktualisierung: 06.11.2020
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe ("Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege") Letzte Aktualisierung: 11.06.2021

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Expertenstandard Dekubitus Letzte Aktualisierung: 11.06.2021
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Freiheitsentziehende Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 26.11.2019
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
14	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019
15	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenidentifikationsarmbänder; OP-Checkliste; VA Patientenidentität Letzte Aktualisierung: 28.09.2020
16	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 26.04.2017
17	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative Schmerztherapie im Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 04.03.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Andere: ATZ-Konferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
2	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 21.02.2020
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums wöchentlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Patientenidentifikationsarmbänder, Verfahrensanweisung zur Identitätsprüfung, OP-Checkliste

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 0

Erläuterungen	Ein Krankenhaushygieniker(Curricularer Krankenhaushygieniker in Weiterbildung)für alle Standorte Groß-Umstadt, Jugenheim und Dieburg zuständig.
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)	0
Erläuterungen	HFK sind für alle Standorte Groß-Umstadt, Jugenheim und Dieburg zuständig.
Hygienebeauftragte in der Pflege	
Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission	
Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich
Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor u. Chefarzt für Orthopädie und Traumatologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Schröder
Telefon	06078 79 2501
Fax	06078 79 1815
E-Mail	p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Zu A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

- ◆ Wöchentliche Antibiotika-Visite
- ◆ Benennung von ABS-Beauftragten und ABS-Experten

Zu A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

- ◆ Orientierung an den Empfehlungen der KRINKO (*Kommission für*

(Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) und an den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften

Zu A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrumente und Maßnahmen:

- ◆ Jährliche Hygiene-Begehungen, in Risikobereichen 2x im Jahr
- ◆ Gründung einer Covid Task Force
- ◆ Hygiene Jour fixe

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	Kopfhaut	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	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur 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 Allgmeinstationen erhoben Nein

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich Jährliche Leistungsqualifikation (Revalidierung)
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich
3	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat) Zertifikat Bronze wird für das Jahr 2022 angestrebt.
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-Netzwerk Südhessen

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

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- STATIONS-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Die Klinik gehört dem CLINOTEL-Krankenhausverbund an. Bei CLINOTEL verfolgen leistungsstarke „Non-Profit-Krankenhäuser“ das gemeinsame Ziel, beste Medizin und höchste Patientenzufriedenheit zu erreichen. Die kontinuierliche Befragung der stationären Patienten im Krankenhausverbund ermöglicht ein verbundweites Benchmarking und liefert wertvolle Hinweise zur Behandlungsqualität in unserer Klinik.

Alle CLINOTEL-Mitgliedshäuser erfassen die Zufriedenheit in einer kontinuierlichen Patientenbefragung und veröffentlichen regelmäßig die Ergebnisse:

[CLINOTEL-Qualitätsergebnisse Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg](#)

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja Verfahrensanweisung Umgang mit Beschwerden Letzte Aktualisierung: 21.02.2020
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeiten Beschwerden. E-Mail: IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Würde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Inhaber und Geschäftsführer der Bären Apotheke Hauptstraße 27 64711 Erbach
Titel, Vorname, Name	Frank Buffleb
Telefon	06062 9439 110
Fax	06062 4021
E-Mail	frank.buffleb@baeren-apotheke-erbach.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Bären-Apotheke Erbach

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	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallversorgung nur am Standort Groß-Umstadt und Jugendheim. Siehe hierzu Qualitätsbericht Groß-Umstadt und Jugendheim.

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

Gegenüber dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wurde die Einstufung in die Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) angezeigt. Eine Vereinbarung mit den Sozialleistungsträgern im Rahmen der Entgeltverhandlungen hat noch nicht stattgefunden.

Erläuterungen

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Die Kreisklinik Groß-Umstadt erfüllt die Kriterien für die Module "Schlaganfallversorgung" und "Durchblutungsstörungen am Herzen" im Sinne der Speziellen Notfallversorgung.

Da aber die höherwertigen Kriterien der Erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) erfüllt sind, kommt die Spezielle Notfallversorgung nicht zum Tragen.

Welche Stufen der stationären Notfallversorgung sehen die Regelungen des G-BA vor?

Der G-BA unterscheidet drei Stufen der Notfallstrukturen an Krankenhäusern. Je nach Art und Umfang der strukturellen, personellen und medizinischen-technischen Vorhaltungen geht es um Strukturen für eine

- ◆ Basisnotfallversorgung (Stufe 1),

- ◆ erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder
- ◆ umfassende Notfallversorgung (Stufe 3).

Die neue Regelung sieht vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme. Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens 10 Minuten nach der Aufnahme dazu informiert. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die entsprechende Betreuung durch einen Facharzt – bei Bedarf auch durch einen Anästhesisten – innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Für eine möglicherweise angezeigte Intensivbetreuung muss eine Intensivstation mit der Kapazität von mindestens sechs Betten vorhanden sein

<https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/#warum-wurd-e-der-g-ba-vom-gesetzgeber-beauftragt-ein-gestuftes-system-von-notfallstrukturen-in-krankenhausern-zu-definieren>

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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



Teil B

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[2960] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pfleagesätze)

B-[2960].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pfleagesätze)

B-[2960].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2960 – Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pfleagesätze)

B-[2960].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Wobrock
Telefon	06071 6184510
Fax	06071 6184540
E-Mail	j.zagler@kreiskliniken-dadi.de
Strasse	Steinstr.
Hausnummer	5
PLZ	64807
Ort	Dieburg
URL	http://www.psychiatrie-umstadt.de/

B-[2960].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung
von Verträgen mit leitenden Ärzten und
Ärztinnen dieser

Organisationseinheit/Fachabteilung an die
Empfehlung der DKG vom 17. September 2014
nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2960].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP02 – Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
2	VP09 – Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
3	VP15 – Psychiatrische Tagesklinik
4	VP08 – Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
5	VP10 – Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	VP03 – Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
7	VP06 – Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
8	VP01 – Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
9	VP07 – Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
10	VP04 – Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
11	VP05 – Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

B-[2960].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	102

B-[2960].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu, da hier nur vollstationäre Fälle berücksichtigt werden (siehe hierzu die Ausfüllhinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses).

B-[2960].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2960].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2960].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	303
2	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	199

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	192
4	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	192
5	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	133
6	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	103
7	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	89
8	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	86
9	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	52
10	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	50
11	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	46
12	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	31
13	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	21
14	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	13
15	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	9
16	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	4

B-[2960].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1430
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	103

B-[2960].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2960].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[2960].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2960].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2960].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS durchgeführt

B-[2960].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2960].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2960].11 Personelle Ausstattung

B-[2960].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,32	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,32	Stationär	0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		0,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	0

B-[2960].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
2	AQ42 - Neurologie

B-[2960].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2960].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten		38,5	
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		13,5	Fälle je VK/Person 0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,5	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 13,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften			
Gesamt		1,94	Fälle je VK/Person 0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 1,94

B-[2960].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 – Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[2960].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2960].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Das therapeutische Personal der Tagesklinik wird aus dem Gesamtpool des Personals des Zentrums für Seelische Gesundheit gestellt.

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		0,71	Fälle je VK/Person 0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,71	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,71

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person 0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,5



Teil C

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ([Baden-Württemberg, Hessen])	Ja

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

Trifft nicht zu

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der

Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

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

Trifft nicht zu

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen 2

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen 2

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben 2

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

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

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein