



MEDIAN Klinik Bad Tennstedt
Qualitätsbericht
2022

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	5
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-13	Besondere apparative Ausstattung	21
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	22
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	23
B-[2800]	Neurologie	23
B-[2800].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	23
B-[2800].1.1	Fachabteilungsschlüssel	23
B-[2800].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	23
B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	23
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

B- [2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B- [2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	25
B- [2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	26
B- [2800].6.2	Kompetenzdiagnosen	27
B- [2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	28
B- [2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	29
B- [2800].7.2	Kompetenzprozeduren	31
B- [2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	31
B- [2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	31
B- [2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	31
B- [2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	31
B- [2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	31
B- [2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	31
B- [2800].11	Personelle Ausstattung	31
B- [2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	32
B- [2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	32
B- [2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	32
B- [2800].11.2	Pflegepersonal	32
B- [2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	34

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [2800].11. Zusatzqualifikation	.....	34
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [2800].11. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	35
C	Qualitätssicherung		36
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	41
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	41
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	41
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	41
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	41
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	42
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		42
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	43
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	44

Vorwort

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	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Dipl. Kaufmann Andreas Hopp
Telefon	036041 35511
Fax	036041 35555
E-Mail	andreas.hopp@median-kliniken.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsbeauftragter / DRG-Controlling
Titel, Vorname, Name	Christian Beudt
Telefon	036041 35527
Fax	036041 35503
E-Mail	christian.beudt@median-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.median-kliniken.de/de/median-klinik-bad-tennstedt/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	MEDIAN Klinik Bad Tennstedt
PLZ	99955
Ort	Bad Tennstedt
Straße	Badeweg
Hausnummer	2
IK-Nummer	261600996
Standort-Nummer	772954000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	036041
Telefon	350
E-Mail	rehaklinik.tennstedt@media-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://www.median-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neurologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wolfgang Miosge
Telefon	036041 35601
Fax	036041 35503
E-Mail	wolfgang.miosge@median-kliniken.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name	Alexandra Köhler
Telefon	036041 35624
Fax	036041 35503
E-Mail	alexandra.koehler@median-kliniken.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Dipl. Kaufmann Andreas Hopp
Telefon	036041 35511
Fax	036041 35555
E-Mail	andreas.hopp@median-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	MEDIAN Kliniken GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
2	MP25 - Massage
3	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
4	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
5	MP61 - Redressionstherapie
6	MP21 - Kinästhetik
7	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
8	MP27 - Musiktherapie
9	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
10	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
11	MP67 - Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder
12	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
13	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
14	MP46 - Traditionelle Chinesische Medizin
15	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
16	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
17	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
18	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
19	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
20	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
21	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
22	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
23	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
24	MP63 - Sozialdienst
25	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
26	MP01 - Akupressur

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
27	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
28	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
29	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
30	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
31	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
32	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
33	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
34	MP06 - Basale Stimulation
35	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM02: Ein-Bett-Zimmer
3	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
4	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
5	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) <i>MEDIAN Medien Pauschale (W-Lan Nutzung Fernsehen, Telefon) Gestaffelter Preis 1 Woche 15 €; 2 Wochen 30 €; 3 Wochen 35 €; 4 Wochen 45 €</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Hausdame
Titel, Vorname, Name	Nicole Kalbe
Telefon	036041 35 666
Fax	036041 35 555
E-Mail	Nicole.kalbe@median-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
2	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
3	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)

#	Aspekte der Barrierefreiheit
4	BF24 - Diätetische Angebote
5	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
7	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
8	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
9	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
10	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
11	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	75
---------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	592
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	13,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit 13,8 Ohne 0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,8
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				4,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,8

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				44,06
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	44,06

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,91

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				32,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	32,22

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				1,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,66

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,18
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				2,05
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,05

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				10,24
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,24

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				11,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,5

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				3,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

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

SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

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

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0

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

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

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

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				1,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,77

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

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

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

Gesamt				1,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,9

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QB
Titel, Vorname, Name	Christian Beudt
Telefon	036041 35 527
E-Mail	christian.beudt@median-kliniken.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

Kaufmännische Leitung, Chefärzte, QB, PDL, Therapieleitung,
RL Wirtschaftsdienst, RL Haustechnik

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement
verantwortliche Person

keine Person benannt

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	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMS-REHA_3.1_Prozesslandkarte Letzte Aktualisierung: 26.03.2019
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
5	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMS-REHA_3.1_Prozesslandkarte Letzte Aktualisierung: 26.03.2019
6	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 09.12.2014
7	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 29.10.2015

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
9	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMS-REHA_3.1_Prozesslandkarte Letzte Aktualisierung: 26.03.2019
10	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMS-REHA_3.1_Prozesslandkarte Letzte Aktualisierung: 26.03.2019
11	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallplan Letzte Aktualisierung: 03.04.2018

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Qualitätszirkel
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 25.01.2018
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Inbetriebnahme neue Brandmeldeanlage; Einführung stichsicherer Kanülen; Erweiterung der Desinfektionsspender; Sturzbetten

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)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4

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
Titel, Vorname, Name	Dr. Wolfgang Miosge
Telefon	036041 35 600
E-Mail	Wolfgang.miosge@median-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl

Keine Durchführung von Operationen

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl

Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl

Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben

Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)

55,3

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen

Nein

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

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	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE Netzwerk Unstrut-Hainich-Kreis
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich <i>jährliche Pflichtschulungen + zusätzliche Schulungen je nach Bedarf</i>
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich <i>Jährliche Überprüfung von Endoskopiegeräten.</i>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
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
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Hausdame
Titel, Vorname, Name	Nicole Kalbe
Telefon	036041 35 666
E-Mail	nicole.kalbe@median-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Hausdame
Titel, Vorname, Name	Nicole Kalbe
Telefon	036041 35 666
E-Mail	nicole.kalbe@median-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
-------------------------------	---------------------

Titel, Vorname, Name	Dr. Wolfgang Miosge
Telefon	036041 35 601
E-Mail	Wolfgang.miosge@median-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

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	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMS-REHA_3.1_Prozesslandkarte Letzte Aktualisierung: 26.03.2019
4	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

☒ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- ☒ andere Maßnahme: Stellen und Verabreichung von Medikamenten im 4 Augen Prinzip.

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen?

Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein Hirnstrommessung
2	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[2800] Neurologie

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Neurologie

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Neurologie
Titel, Vorname, Name	MUDr. Jan Latta
Telefon	036041 35 612
E-Mail	Jan.latta@median-kliniken.de
Strasse	Badeweg
Hausnummer	2
PLZ	99955
Ort	Bad Tennstedt

B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden
--	---

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

Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der
DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V
geschlossen

B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
2	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
3	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
4	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
5	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
7	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
8	VR02 - Native Sonographie
9	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
10	VR04 - Duplexsonographie
11	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
13	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
14	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
15	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
16	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
17	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
18	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
19	VN09 - Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
20	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen

#	Medizinische Leistungsangebote
21	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
22	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
23	VN20 - Spezialsprechstunde
24	VN23 - Schmerztherapie

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	592
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	123
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	93
3	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	69
4	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	64
5	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	22
6	I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	19
7	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	16
8	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	13
9	G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	12
10	G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	11
11	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	10
12	S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	7
13	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	6
14	G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	6

Qualitätsbericht 2022 MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
15	G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	6
16	G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	6
17	I62.02	Nichttraumatische subdurale Blutung: Chronisch	6
18	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	5
19	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4
20	B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren	4
21	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	4
22	G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	< 4
23	I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	< 4
24	G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	< 4
25	G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	< 4
26	I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut	< 4
27	G62.1	Alkohol-Polyneuropathie	< 4
28	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	< 4
29	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	< 4
30	G70.0	Myasthenia gravis	< 4

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	265
2	G62	Sonstige Polyneuropathien	128
3	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	52
4	I61	Intrazerebrale Blutung	40

Qualitätsbericht 2022 MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
5	S06	Intrakranielle Verletzung	30
6	I60	Subarachnoidalblutung	12
7	I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	9
8	G81	Hemiparese und Hemiplegie	9
9	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	8
10	G61	Polyneuritis	5
11	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	4
12	G06	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome	4
13	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	4
14	G40	Epilepsie	4
15	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4
16	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	< 4
17	G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	< 4
18	D32	Gutartige Neubildung der Meningen	< 4
19	D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems	< 4
20	G72	Sonstige Myopathien	< 4
21	G91	Hydrozephalus	< 4
22	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	< 4
23	D44	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen	< 4
24	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	< 4
25	A86	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	208
2	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	191
3	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	168
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	159
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	147
6	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	144
7	9-401.01	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	142
8	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	141
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	131
10	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	117
11	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	111
12	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	91
13	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	64
14	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	58
15	8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	51
16	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	51
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	46

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	8-017.2	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	44
19	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	40
20	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	35
21	9-401.41	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	34
22	9-401.40	Psychosoziale Interventionen: Künstlerische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	31
23	3-200	Native Computertomographie des Schädels	30
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	30
25	8-976.11	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung: Behandlung aufgrund direkter oder assoziierter Folgen: Mindestens 18 bis höchstens 49 Behandlungstage	28
26	9-401.02	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 4 Stunden	27
27	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	25
28	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	23
29	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	22
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	19

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4- Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-401	Psychosoziale Interventionen	640
2	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	572
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	423
4	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	168

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
5	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	159
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	147
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	86
8	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	63
9	8-976	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung	48
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	40
11	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	39
12	5-431	Gastrostomie	35
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	31
14	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	31
15	3-200	Native Computertomographie des Schädels	30
16	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	28
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	25
18	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	16
19	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	16
20	1-206	Neurographie	12
21	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	12
22	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	10
23	8-132	Manipulationen an der Harnblase	9
24	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	9
25	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	6
26	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	6
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	6
28	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	6

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	5
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	5

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren

#	OPS-N-Code	Bezeichnung	Anzahl
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	572

B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2800].11 Personelle Ausstattung

B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,8	Fälle je VK/Person	42,89855
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,8

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,8	Fälle je VK/Person	123,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,8

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ01 - Anästhesiologie
4	AQ23 - Innere Medizin
5	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF40 - Sozialmedizin
4	ZF37 - Rehabilitationswesen

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		44,06	Fälle je VK/Person	13,43622
Beschäftigungsverhältnis	Mit	44,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	44,06

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,91	Fälle je VK/Person	309,947662
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,91

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		32,22	Fälle je VK/Person	18,37368
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	32,22

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,66	Fälle je VK/Person	356,6265
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,66

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	296
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,18	Fälle je VK/Person	3288,88867
--------	--	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,18

B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
6	PQ17 - Pflege in der Rehabilitation

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	ZP18 - Dekubitusmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP20 - Palliative Care
7	ZP06 - Ernährungsmanagement
8	ZP05 - Entlassungsmanagement
9	ZP02 - Bobath
10	ZP08 - Kinästhetik
11	ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		2,05	Fälle je VK/Person	288,7805
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,05

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Gesamt		1,5 ¹⁾	Fälle je VK/Person	394,666656
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

1) 3 Person in Ausbildung nach GNP

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		10,24	Fälle je VK/Person	57,8125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,24

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten,
Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und
Physiotherapeuten

Gesamt		11,5	Fälle je VK/Person	51,47826
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,5

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und
Sozialpädagogen

Gesamt		3,6	Fälle je VK/Person	164,444443
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	100
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	100
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,49 - 3,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	563
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	9,30

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

Fachlicher Hinweis IQTIG	ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	3,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,45 - 5,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	563
Beobachtete Ereignisse	21

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

	Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	563
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/kein Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert werden

Qualitätsbericht 2022

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

	sein.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	563
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	563
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	5
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	5
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Neurologische Frührehabilitation - Station 1A - Tagschicht	100 %
2	Neurologische Frührehabilitation - Station 1A - Nachtschicht	100 %
3	Neurologische Frührehabilitation - Station 5 - Tagschicht	100 %
4	Neurologische Frührehabilitation - Station 5 - Nachtschicht	100 %
5	Neurologische Frührehabilitation - Station 6 - Tagschicht	100 % <i>Erhöhter kurzfristiger Krankenstand</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - Station 6 - Nachtschicht	100 %
7	Neurologische Frührehabilitation - Station 7 - Tagschicht	83,33 % <i>während Urlaubszeit erhöhter Krankenstand.; Erhöhter kurzfristiger Krankenstand</i>
8	Neurologische Frührehabilitation - Station 7 - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Neurologische Frührehabilitation - Station 1A - Tagschicht	98,36 %
2	Neurologische Frührehabilitation - Station 1A - Nachtschicht	100 %
3	Neurologische Frührehabilitation - Station 5 - Tagschicht	88,77 %
4	Neurologische Frührehabilitation - Station 5 - Nachtschicht	100 %
5	Neurologische Frührehabilitation - Station 6 - Tagschicht	76,99 % <i>Erhöhter kurzfristiger Krankenstand</i>
6	Neurologische Frührehabilitation - Station 6 - Nachtschicht	99,73 %
7	Neurologische Frührehabilitation - Station 7 - Tagschicht	80,27 % <i>während Urlaubszeit erhöhter Krankenstand.; Erhöhter kurzfristiger Krankenstand</i>
8	Neurologische Frührehabilitation - Station 7 - Nachtschicht	100 %

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