

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023**

## **Krankenhaus Spremberg Tagesklinik Spremberg**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.12 am 11.12.2024 um 14:10 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
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	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	12
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-10 Gesamtfallzahlen	13
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2 Pflegepersonal	14
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	15
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	15
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	16
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-12.1 Qualitätsmanagement	17
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	17
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	18
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	21
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	24
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	24
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	24
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	25
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	26
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	26
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	27

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	27
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	28
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	28
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	28
B-[1].11 Personelle Ausstattung	29
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	29
B-11.2 Pflegepersonal	29
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	29
Teil C - Qualitätssicherung	31
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	31
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	31
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]	35
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 nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	41
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	41
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	41
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	41
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	41
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	45

## Einleitung

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



*Die Tagesklinik für psychisch Kranke in Spremberg verfügt über 20 Plätze und gehört zur Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Spremberg.*

### Einleitungstext

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserem Qualitätsbericht wenden wir uns in erster Linie an Patientinnen und Patienten, deren Ärztinnen und Ärzte und an die breite Öffentlichkeit.

Der Bericht gibt einen Überblick über die Struktur sowie das breite Leistungs-, Service- und Betreuungsangebot der Tagesklinik Spremberg. Sie können nachlesen, über wieviel Plätze die Klinik verfügt, welche speziellen Qualifikationen beim Betreuungspersonal vertreten sind bis hin zu den jährlichen Patientenzahlen.

Der Qualitätsbericht lässt sich für den Laien nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen.

Fragen Sie in der Tagesklinik selbst, Ihren behandelnden Arzt oder Ihre behandelnde Ärztin, Ihre Krankenkasse oder eine Patientenberatungsstelle, falls Sie die Informationen im Qualitätsbericht, die Ihnen wichtig sind, nicht verstehen oder nicht finden. Denn:

**Der Qualitätsbericht soll Ihnen bei der Suche nach einer guten bzw. nach der für Sie richtigen Tagesklinik helfen.**

Die überschaubare Größe der Tagesklinik ermöglicht eine individuelle Betreuung der Patienten. **Wir sind für Sie da!**

Möchten Sie als Patientin oder Patient Anregungen oder Kritik äußern, können Sie den Patientenfragebogen ausfüllen oder Sie wenden sich direkt an das hausinterne Qualitäts- und Beschwerdemanagement.

Mit Ihren Anregungen können Sie dazu beitragen, Schwachstellen im Klinikablauf zu verbessern. Vielen Dank.

\*\*

Mit freundlichen Grüßen

## Die Geschäftsführung

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name	Claudia Poeta
Position	Controlling
Telefon	03563 / 52259
Fax	
E-Mail	cpoeta@krankenhaus-spremberg.de

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name	M.Sc. Tobias Grundmann
Position	Geschäftsführer
Telefon	03563 / 52396
Fax	03563 / 52397
E-Mail	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

**Weiterführende Links**

URL zur Homepage	<a href="http://www.krankenhaus-spremberg.de">http://www.krankenhaus-spremberg.de</a>
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="https://krankenhaus-spremberg.de/medizin-pflege/psychiatrie">https://krankenhaus-spremberg.de/medizin-pflege/psychiatrie</a> ( Auf dieser Seite finden Sie weitere Informationen zur Tagesklinik Spremberg. )</li></ul>

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Krankenhaus Spremberg
Institutionskennzeichen	261200594
Hausanschrift	Karl-Marx-Straße 80 03130 Spremberg
Postanschrift	Karl-Marx-Straße 80 03130 Spremberg
Telefon	03563 / 52496
E-Mail	info@krankenhaus-spremberg.de
Internet	http://krankenhaus-spremberg.de

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Gunter Voskamp	Leitender Chefarzt	03563 / 52400	03563 / 52397	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Ulrike Walinsky	Pflegedienstleiterin	03563 / 521541	03563 / 52397	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
M.Sc. Tobias Grundmann	Geschäftsführer	03563 / 52396	03563 / 52397	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Krankenhaus Spremberg Tagesklinik Spremberg
Institutionskennzeichen	261200594
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	773798000
alte Standortnummer	xx
Hausanschrift	Karl-Marx-Str. 6 03130 Spremberg
Postanschrift	Karl-Marx-Str. 80 03130 Spremberg
Internet	http://www.krankenhaus-spremberg.de

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Majdy Abu Bakr	Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie	03563 / 52346	03563 / 52397	mbakr@krankenhaus-spremberg.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Ulrike Walinsky	Pflegedienstleiterin	03563 / 521541	03563 / 52397	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

**Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts**

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
M.Sc. Tobias Grundmann	Geschäftsführer	03563 / 52396	03562 / 52397	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

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

Name Spremberger Krankenhausgesellschaft mbH  
Art öffentlich

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

**A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Es gibt eine Angehörigengruppe für Patienten, die an einer Psychose oder an Schizophrenie erkrankt sind. Monatlich werden Pflegekurse für Angehörige, die Patienten zu Hause pflegen, angeboten. Dies erfolgt im Rahmen des AOK Projektes: Pflege in Familien fördern.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Die Atemgymnastik u. -therapie erfolgt durch Mitarbeiter der Praxis Physio Vital und ist auch nach dem Krankenhausaufenthalt ambulant möglich.
MP06	Basale Stimulation	Als Basale Stimulation wird Kommunikative Bewegungstherapie für Patienten, die in ihrer Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation beeinträchtigt sind, angeboten.
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Auf ärztliche Anordnung können die Patienten das Bewegungsbad der Praxis Physio vital im Krankenhausgebäude nutzen. .
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Angeboten werden die Kommunikative Bewegungstherapie durch ausgebildete Therapeuten, körperliche Aktivierung, Walken und Schwimmen im Bewegungsbecken.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Geschulte Mitarbeiter der Pflege wenden die Bobath- Therapie für erwachsene Patienten an.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Diabetiker erhalten regelmäßige Schulungen zu folgenden Themen: Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Spritztechnik, Fußpflege, Stoffwechsellentgleisung, Folgeerkrankungen
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Patienten mit Diabetes erhalten Diät- und Ernährungsberatung durch ausgebildetes Personal (Ärzte und Pflegekräfte). Das Krankenhaus wurde mit dem DDG- Zertifikat "Klinik für Diabetes Patienten geeignet" ausgezeichnet.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Durch den Sozialdienst des Krankenhauses erfolgt eine individuelle Beratung der Patienten und Angehörigen; bei Bedarf die Vermittlung in nachsorgende Einrichtungen, wie z.B. Hauskrankenpflege, Seniorenheime, Reha-Einrichtungen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Zum Therapiekonzept der Patienten der Psychiatrie gehören zahlreiche ergotherapeutische Maßnahmen, wie z.B Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Kommunikative Bewegungstherapie, Gartentherapie, Hauswirtschaftstraining.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Die Mitarbeiter der angegliederten Praxis Physio vital führen die chinesische Fußreflexzonenmassage auf ärztliche Anordnung durch.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Beckenbodengymnastik erfolgt im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung. Inkontinenzberatung führen ausgebildete Pflegekräfte durch.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Manuelle Lymphdrainage wird auf ärztliche Anordnung im Rahmen der Physiotherapie in der Praxis Physio vital durch ausgebildete Therapeuten durchgeführt und ist auch nach dem Krankenhausaufenthalt ambulant möglich.
MP25	Massage	Auf ärztliche Anordnung erhalten Patienten medizinische Massagen durch ausgebildetes Personal der Praxis Physio vital. Diese Leistung ist auch nach dem Krankenhausaufenthalt durch die gleichen Therapeuten ambulant möglich.
MP26	Medizinische Fußpflege	Auf ärztliche Anordnung erhalten Patienten medizinische Fußpflege durch ausgebildetes Personal der Podologischen Praxis Bruckert.
MP27	Musiktherapie	Ausgebildete Musiktherapeuten führen Musiktherapie für Senioren und Musiktherapie mit psychotherapeutischem Ansatz durch.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Die physiotherapeutische Behandlung der Patienten erfolgt durch die Mitarbeiter der Praxis Physio vital. Dabei wird auch das Bewegungsbecken zur Therapie genutzt.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die physiotherapeutische Behandlung der Patienten erfolgt durch die Mitarbeiter der Praxis Physio vital. Dabei werden sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien angeboten.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Die Leistungsangebote umfassen z.B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Edukationsgruppen und eine psychosoziale Begleitung durch den Sozialdienst.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP37	Schmerztherapie/-management	Die geltenden Verfahrensanweisungen zur Schmerztherapie werden durch die Mitarbeiter des Krankenhauses umgesetzt und regelmäßig aktualisiert.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Jährlich findet sowohl ein Diabetes-Tag als auch ein Insulinpumpentreffen statt.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Folgende Entspannungstherapien werden für Patienten des Fachbereiches Psychiatrie angeboten: Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jakobsen.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Dazu gehören u.a. : Pflegevisiten, Inkontinenzberatung, Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Beratung durch die Brustschwester und Deeskalationstraining für Pflegekräfte. Die Tagesklinik wird diesbezüglich von den Mitarbeitern des Krankenhauses betreut.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Die logopädische Behandlung der Patienten erfolgt durch Mitarbeiter der Logopädischen Praxis Thiele.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Die Therapie/Beratung erfolgt - bei Bedarf - durch die Mitarbeiter des Krankenhauses.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Die Beratung zu Hilfsmitteln und Orthopädietechnik und die Organisation erfolgt im Rahmen des Entlassungsmanagements durch den Sozialdienst.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Angewendet werden Wickel und Auflagen, heiße Rolle und Wärmelampen.
MP51	Wundmanagement	Chronische Wunden werden durch ausgebildetes Personal des Krankenhauses speziell versorgt.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Die Zusammenarbeit besteht mit folgenden Selbsthilfegruppen: Betroffene mit psychischen Erkrankungen, alkoholabhängige Patienten, mit der Organisation für Angehörige von psychisch kranken Menschen u. mit der Selbsthilfegruppe "Frauen nach Krebs".
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Gartentherapie im hauseigenen Therapiegarten und Hauswirtschaftstraining werden angeboten.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Auch das Hirnleistungstraining, das Kognitive Training für Suchtpatienten und das regelmäßige Konzentrationstraining sind feste Bestandteile des Therapiekonzeptes für Patienten der Psychiatrie.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst führt umfangreiche Beratungs- und Beantragungsleistungen für Patienten der Tagesklinik durch.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Regelmäßig werden "Tage der offenen Tür" für interessierte Bürger angeboten.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Im Rahmen des Entlassungsmanagements erfolgt eine intensive Zusammenarbeit mit den nachsorgenden Einrichtungen durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses.

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

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Die Zusammenarbeit besteht mit folgenden Selbsthilfegruppen: Betroffene mit psychischen Erkrankungen, alkoholabhängige Patienten und mit der Organisation für Angehörige von psychisch kranken Menschen.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Anja Broschinski
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Referentin der Geschäftsführung
Telefon	03563 / 52496
Fax	
E-Mail	abroschinski@krankenhaus-spremberg.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Mitarbeiter des Krankenhauses mit sehr guten Fremdsprachenkenntnissen (polnisch, englisch, russisch, arabisch) sind gelistet und können bei Bedarf zur Übersetzung behandlungsrelevanter Informationen hinzugezogen werden.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Zur Religionsausübung kann der Raum der Stille, im Erdgeschoss des benachbarten Krankenhauses, genutzt werden.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

**A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus**

---

Anzahl der Betten	0
-------------------	---

---

**A-10 Gesamtfallzahlen****Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle**

---

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	131
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

---

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	1,00	
<b>davon ohne Fachabteilungszuordnung</b>		
Anzahl Vollkräfte	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

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

#### A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

##### Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,79

##### Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,85

##### Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88

##### Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,90
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,90

### A-11.3.2 Genesungsbegleitung

#### Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,85
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)</b>
Anzahl Vollkräfte	0,90
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,90
Kommentar/ Erläuterung	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Ulrike Walinsky
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QM-Beauftragte
Telefon	03563 521470
Fax	03563 52397
E-Mail	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Leitender Chefarzt, Bereichsleitung Pflege, Betriebsrat, QM-Beauftragte der Pflege, QM-Beauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Gunter Voskamp
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Telefon	03563 52400
Fax	
E-Mail	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht? ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Leitender Chefarzt, Bereichsleitung Pflege, Betriebsrat, QM-Beauftragter Pflege, QM-Beauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2021-12-17
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM05	Schmerzmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM06	Sturzprophylaxe	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere interdisziplinäre Pflegedokumentationsbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Erstellung eines Leitfadens zur Arzneimitteltherapiesicherheit

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2016-04-11
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich

#### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages wird die Funktion im Krankenhaus Spremberg durch einen Krankenhaushygieniker aus dem Carl-Thiem-Klinikum Cottbus wahrgenommen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege		
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Gunter Voskamp
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Telefon	03563 52400
Fax	
E-Mail	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe 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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 22 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden?  Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\_node.html)  ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).  ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?  ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?  ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Gemäß dem geltenden Fortbildungsplan werden Schulungen zu hygienebezogenen Themen regelmäßig durchgeführt.

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  ja  
 Grundlage bildet die abgeschlossene Betriebsvereinbarung - aktuell gilt die Fassung vom 26.10.2021

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)  ja  
 Die Betriebsvereinbarung enthält detaillierte Regelungen zur Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung und Beschwerdeauswertung.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden  ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Innerhalb von sieben Tagen soll der Beschwerdeführer eine Antwort erhalten.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Brigitte Laggai, QM-Beauftragte, Tel. 03563 52306
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Anonyme Eingabemöglichkeiten sind sowohl über den Patientenbriefkasten als auch über die Kontakt - E-Mail - Adresse möglich. <a href="https://krankenhaus-spremborg.de/kontakt">https://krankenhaus-spremborg.de/kontakt</a>
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt und halbjährlich ausgewertet. Kritische Hinweise werden sofort ausgewertet.
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Anja Broschinski	Referentin der Geschäftsführung	03563 52496		abroschinski@krankenhaus-spremborg.de

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Ing. Ök. Kathrin Möbius	Ruhestand	03563 95024		patientenfuersprecher-spremborg@gmx.de

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
---	--

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Ulrike Walinsky
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QM-Beauftragte
Telefon	03563 521470
Fax	03563 52397
E-Mail	uwalinsky@krankenhaus-spremborg.de

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	10
------------------	----

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	12
Kommentar/ Erläuterung	Die Apotheke des Carl-Thiem-Klinikum Cottbus betreut und beliefert das Krankenhaus Spremberg. Die angegebenen Personen beziehen sich auf die Apotheke des CTK Cottbus.

#### 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.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> 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 einrichtungswirtschaftlichen 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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen?  nein

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?  Nein

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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.

### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein

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

### B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Majdy Abu Bakr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Psychiatrie
Telefon	03563 / 52346
Fax	
E-Mail	mbakr@krankenhaus-spremberg.de
Strasse / Hausnummer	Karl-Marx-Str. 80
PLZ / Ort	03130 Spremberg
URL	

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen getroffen
Kommentar/Erläuterung	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	131

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

keine Angaben

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-607	275	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.40	274	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-626	258	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.42	253	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.30	211	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.41	195	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.43	168	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.31	81	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.50	76	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649.20	75	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.51	54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.44	50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.0	45	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.32	36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.11	10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	8	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	6	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.10	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.37	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.35	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.54	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche
3-802	< 4	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6-006.a0	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Paliperidon, parenteral: 75 mg bis unter 125 mg
8-561.1	< 4	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
9-649.36	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.45	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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



## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,00
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

### B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,79
Fälle je VK/Person	

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	0,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,85
Fälle je VK/Person	

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88
Fälle je VK/Person	

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte	0,90
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,90
Fälle je VK/Person	

## Teil C - Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation [09/4]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel [09/5]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Karotis-Revaskularisation [10/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Gynäkologische Operationen [15/1]	33	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Geburtshilfe [16/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1]	36	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Mammachirurgie [18/1]	87	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Cholezystektomie [CHE]	96	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Dekubitusprophylaxe [DEK]	60	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offene chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen [HCH_KC]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	226	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP]	225	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	Datensc	Datenschutz	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Leberlebendspende [LLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lebertransplantation [LTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Neonatologie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Nierenlebendspende [NLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	191	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,37 % - 0,37 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## 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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

**Qualitätsindikator**

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

**Kennzahl-ID**

**521801**

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

0,06 %

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,06 % - 0,06 %

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Datenschutz

Rechnerisches Ergebnis

Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

## 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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben. 521800</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>521800</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

## 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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen  
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  
 Risikoadjustierte Rate  
 Bezug andere QS Ergebnisse  
 Sortierung

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00 %
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	Datenschutz
Rechnerisches Ergebnis	Datenschutz
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	Datenschutz
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

### C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	3
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	0
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

(\*): nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

### C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

#### Allgemeine Daten zum Bericht

Berichtsjahr:	2023
IK:	261200594
Standortnummer:	773798000

#### Quartal 1

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q1

#### Erwachsenenpsychiatrie

#### Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		nein		
24-Stunden-Präsenzdienste:		nein		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Spremberg	0	25	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				1161

### Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				124,57
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	441	471	106,8
Pflegefachpersonen	ja	1273	1318	103,54
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	414	788	190,34
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	681	683	100,29
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	66	205	310,61
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	259	439	169,5
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				

### Quartal 2

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q2

### Erwachsenenpsychiatrie

### Einrichtungs-Struktur

<b>Regionale Pflichtversorgung</b>				
Geschlossene Bereiche:		nein		
24-Stunden-Präsenzdienste:		nein		
<b>Strukturangaben der Stationen</b>				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Spremberg	0	20	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
<b>Behandlungsbereich</b>				<b>Behandlungsumfang</b>
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				1140

### Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

<b>Einhaltung und Umsetzungsgrad</b>				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				96
<b>Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe</b>				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	433	433	100
Pflegefachpersonen	ja	1250	1125	90
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	407	367	90,17
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	669	652	97,46
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	65	125	192,31
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	255	255	100
<b>Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe</b>				

### Quartal 3

<b>Allgemeine Berichtsdaten</b>	
Zeitraum:	Q3

### Erwachsenenpsychiatrie

### Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		nein		
24-Stunden-Präsenzdienste:		nein		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Spremberg	0	20	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				1308

#### Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				nein
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				74
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	497	500	100,6
Pflegefachpersonen	nein	1434	832	58,02
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	467	468	100,21
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	767	414	53,98
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	74	110	148,65
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	292	292	100
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				

#### Quartal 4

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q4
Erfüllung Belegführung:	Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.

#### Erwachsenenpsychiatrie

#### Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		nein		
24-Stunden-Präsenzdienste:		nein		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Spremberg	0	20	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				1143

#### Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				nein
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				76
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	434	406	93,42
Pflegefachpersonen	nein	1253	914	72,95
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	408	384	94,19
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	671	473	70,54
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	65	60	92,64
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	255	231	90,49
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				

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

trifft nicht zu / entfällt