Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das

Berichtsjahr 2024

Geriatrische Fachklinik Georgenhaus

Dieser Qualitätsbericht wurde am 20. Januar 2026 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	**Einleitung**	**4**
A	**Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts**	**8**
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten	13
A-10	Gesamtfallzahlen	13
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	26
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	42
B	**Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**	**44**
B-1	Geriatrie, vollstationär	44
C	**Qualitätssicherung**	**56**
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	56
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	65
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	66
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	66

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 66

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 66

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) 66

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 67

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 67

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) 67

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 68

D Qualitätsmanagement 69

D-1 Qualitätspolitik 69

D-2 Qualitätsziele 70

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 70

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 71

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 72

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 72

- Einleitung



Geriatrische Fachklinik Georgenhaus
Ernststraße 7, 98617 Meiningen
98617 Meiningen

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Leiter Leistungsmanagement
Titel, Vorname, Name	Christian Loos
Telefon	03693/456-354
Fax	03693/456-360
E-Mail	c.loos@sozialwerk-meiningen.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Alexander Pfeffer
Telefon	03693/456-351
Fax	03693/456-360
E-Mail	a.pfeffer@sozialwerk-meiningen.de

Weiterführende Links
Link zur Internetseite des Krankenhauses: http://www.sozialwerk-meiningen.de
Link zu weiterführenden Informationen: https://www.beruf-mensch.net

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Geriatrische Fachklinik Georgenhaus informiert mit dem vorliegenden Qualitätsbericht über ihr Leistungs- und Behandlungsspektrum sowie der verschiedenen Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten.

Der Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr 2024 ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben und den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgebaut.

Der Bericht besteht aus den Teilen A, B, C und D. In Teil A sind die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandortes, in Teil B die Struktur- und Leistungsdaten der vorhandenen Fachabteilungen, in Teil C erfolgen Angaben zur Qualitätssicherung und in Teil D Angaben zum Qualitätsmanagement.

Darüber hinaus werden Projekte und Maßnahmen dargestellt, die in Zusammenhang mit der Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung, Qualitätsmanagement und Leistungsfähigkeit unserer Einrichtung stehen.

Die Geriatrische Fachklinik Georgenhaus liegt im Landkreis Schmalkalden-Meiningen, im Freistaat Thüringen. Träger der Klinik ist die Sozialwerk Meiningen gGmbH.
Über das Diakonische Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e. V. ist die Sozialwerk Meiningen gGmbH dem Diakonischen Werk der EKD als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen.

Unsere Geriatrische Fachklinik ist Bestandteil des Thüringer Krankenhausplanes und nahm am 01.09.1996 ihren klinischen Betrieb auf. Nach anfänglicher Unterbringung in einem Interimsobjekt, erfolgte im Jahr 2003 der Umzug in das grundhaft sanierte historische Krankenhausgebäude in der Ernststraße 7 in Meiningen. Zu diesem Zeitpunkt standen dem Krankenhaus 75 vollstationäre Betten und 16 teilstationäre Plätze zur Verfügung.

Der steigenden Nachfrage nach geriatrischen Behandlungen Rechnung tragend, wurde die Klinik im Jahr 2010 auf 102 Betten erweitert. Auch in den Folgejahren stieg die Nachfrage nach geriatrischen Leistungen, so dass weitere Kapazitätserweiterungen erfolgten. Im Thüringer Krankenhausplan werden für unsere Klinik im Jahr 2024 124 vollstationäre Betten und 19 teilstationäre Plätze ausgewiesen.

Den Patienten stehen großzügige, ideal ausgestattete Therapieräume inklusive Bewegungsbad, modern eingerichtete freundliche Patientenzimmer sowie ein weitläufiges parkähnliches Klinikgelände mit Therapiegarten zur Verfügung.

In der Geriatrischen Fachklinik Georgenhaus werden geriatrische Patienten im höheren Lebensalter und mit geriatrietypischer Multimorbidität akutmedizinisch behandelt. Die in unserer Klinik durchgeführten Maßnahmen dienen dazu drohende oder manifeste Einschränkungen der Lebensführung zu beseitigen, Gesundheitsstörungen und Behinderungen zu korrigieren, irreversible Probleme positiv zu beeinflussen, verbliebene Fähigkeiten zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern.

Therapieschwerpunkte sind neben Weiterbehandlung nach Schlaganfall, Patienten mit Zustand nach Gelenkersatz oder Frakturen und allgemein erkrankte Patienten, die einer intensiven Mobilisation und geriatrischen Behandlung bedürfen. Wir wollen stets im Interesse unserer Patienten handeln, um mit Ihnen gemeinsam das bestmögliche Therapieziel zu erreichen.
Die Diagnostik und Therapie erfolgen durch ein multiprofessionelles geriatrisches Team, welches mit dem Ziel der Wiederherstellung der größtmöglichen Selbstständigkeit des Patienten die Behandlung durchführt.

Die Gruppe der älteren Menschen weist eine hohe Vulnerabilität (Gebrechlichkeit) auf und leidet oft an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende und fürsorgliche Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different darstellen und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren.

Das Ansprechen auf Behandlung ist verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach sozialer Unterstützung. Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an.

Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Am Ende des Aufenthaltes soll, wenn immer möglich, die Rückkehr in die vertrauten eigenen vier Wände stehen.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typisch bei älteren Menschen gefundene Erkrankungen. In der Regel sind die Patienten über 70 Jahre alt und die Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren sind 80 Jahre und älter.

Voraussetzung für den Therapieerfolg ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, der die körperliche, psychische und soziale Situation des Patienten berücksichtigt. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit im therapeutischen Team, welches sich idealerweise aus den Bereichen Medizin, Pflege, Funktionsdiagnostik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst sowie Psychologie und Seelsorge zusammensetzt.

Gemäß unserem Leitspruch „Es sollen wohl Berge weichen und Hügel hinfallen, aber meine Gnade soll nicht von dir weichen, und der Bund meines Friedens soll nicht hinfallen, spricht der Herr, dein Erbarmer.“ (Jesaja 54,10) versuchen wir in der Tradition der Diakonie auf der Grundlage des Evangeliums unseren Dienst zu verrichten.

Wir versehen unseren Auftrag in christlicher Nächstenliebe, tragen Sorge für den Menschen, der unsere Hilfe braucht und setzen unsere Arbeitskraft für die Patienten ein, die unsere Dienste in Anspruch nehmen.

Wir überprüfen die Qualität unserer Arbeit fortlaufend und analysieren unsere Arbeitsabläufe, um mögliche Verbesserungen zu erzielen. Die Schulung und Weiterbildung unserer Mitarbeiter liegt uns sehr am Herzen und ist ein wichtiger Baustein unserer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Durch intensiven Informationsaustausch zwischen den beteiligten Bereichen und verantwortungsbewusstes Handeln unserer Mitarbeiter sind wir in der Lage in anerkannt hoher Qualität unsere Arbeit durchzuführen. Zur Optimierung des innerbetrieblichen Wissensmanagements setzen wir genau wie bei der Patientenakte auf digitale Lösungen. Der Träger der Klinik pflegt seit 2021 ein digitales Managementsystem.

Ebenfalls wichtig ist uns die Meinung unserer Patienten und deren Angehöriger. Diese fließen in unseren Entscheidungsprozess mit ein und helfen die Arbeitsabläufe zu optimieren.

Unsere Klinik nimmt an der Fort- und Weiterbildungsmaßnahme des Bundesverbandes Geriatrie „ZERCUR GERIATRIE®“ teil. Durch dieses zertifizierte Curriculum Geriatrie bilden wir die Mitarbeiter des therapeutischen Teams im Bereich der Altersmedizin weiter.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Klinik. Wenn Sie noch mehr über unser Haus erfahren wollen, besuchen Sie bitte unsere Homepage oder fordern Sie unsere Krankenhausbroschüre an.

Verantwortlich

Name	Funktion	Tel.-Nummer	Fax-Nummer	Email
Alexander Pfeffer	Geschäftsführer	03693/456-351	03693/456-360	a.pfeffer@sozialwerk-meiningen.de

Ansprechpartner

Name	Funktion	Tel.-Nummer	Fax-Nummer	Email
Dr. Alexander Meinhardt	Chefarzt	03693/456-201	03693/456-202	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de
Florian Gröschel	Qualitätsmanagementbeauftragter	03693/456-812	03693/456-360	qmb@sozialwerk-meiningen.de
Christian Loos	Leiter Leistungs-management	03693/456-354	03693/456-360	c.loos@sozialwerk-meiningen.de

Links:

Email: info@sozialwerk-meiningen.de

Internet: www.sozialwerk-meiningen.de
www.beruf-mensch.net
www.bag-geriatrie.de

Die Krankenhausleitung, sowie der Geschäftsführer Alexander Pfeffer, sind verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Geriatrische Fachklinik Georgenhaus
Hausanschrift	Ernststraße 7 98617 Meiningen
Zentrales Telefon	03693/456-0
Fax	03693/456-202
Zentrale E-Mail	info@sozialwerk-meiningen.de
Postanschrift	Ernststraße 7 98617 Meiningen
Institutionskennzeichen	261600907
Standortnummer aus dem Standortregister	771059000
URL	http://www.sozialwerk-meiningen.de

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Alexander Meinhardt
Telefon	03693/456-201
Fax	03693/456-202
E-Mail	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de

Pflegedienstleitung

Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Pflegedienstleiter
Titel, Vorname, Name	Steven Plitt
Telefon	03693/456-205
Fax	03693/456-202
E-Mail	s.plitt@sozialwerk-meiningen.de

Verwaltungsleitung

Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Beate Pfeffer
Telefon	03693/456-355
Fax	03693/456-360
E-Mail	b.pfeffer@sozialwerk-meiningen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Sozialwerk Meiningen gGmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP06	Basale Stimulation
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
MP21	Kinästhetik
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/-management
MP63	Sozialdienst
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP26	Medizinische Fußpflege
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP27	Musiktherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker
MP53	Aromapflege/-therapie
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP70	Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Ehrenamtlicher Besuchsdienst vorhanden
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM42	Seelsorge		Regelmäßig kommt evangelische oder katholische Seelsorge ins Haus
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM68	Abschiedsraum		
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Fernseher sind in jedem Raum vorhanden. WLAN ist im gesamten Haus verfügbar. Ein Patiententresor ist in jedem Zimmer vorhanden. Ein Schwimmbad steht im Rahmen der Therapie zur Verfügung.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Daniela Keil
Telefon	03693/456-268
Fax	03693/456-202
E-Mail	d.keil@sozialwerk-meiningen.desozialwerk-meiningen.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF23	Allergenarme Zimmer
BF24	Diätische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
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
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF38	Kommunikationshilfen
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Braillеschrift
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	124

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1734
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,37	
Nicht Direkt	0,05	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,51	
Nicht Direkt	0,05	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 23,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,42	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,53	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 18,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,14	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,55	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 9,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,96	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,92	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,77	
Nicht Direkt	0	

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

Trifft nicht zu.

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 6,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,03	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 2,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,31	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 6,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,26	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,13	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,41	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,13	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 8,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,05	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 4,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,11	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 3,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,85	
Nicht Direkt	0	

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Anzahl Vollkräfte: 0,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,69	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 0,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,82	
Nicht Direkt	0	

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 2,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,86	
Nicht Direkt	0	

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,78	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Angaben zur verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Florian Gröschel
Telefon	03693/456-812
Fax	03693/456-202
E-Mail	qualitaetsmanagementbeauftragter@sozialwerk-meiningen.de

---

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Klinikleitung (14-tägige Tagung)
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.	
Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Florian Gröschel
Telefon	03693/456-812
Fax	03693/456-202
E-Mail	qualitaetsmanagementbeauftragter@sozialwerk-meiningen.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Geschäftsführung Klinikleitung QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Digitales Informationsmanagement system Datum: 31.10.2025	Qualido
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Im Rahmen aller Leitersitzungen finden Schulungen zum Risikomanagement statt. Die Leitungen agieren als Multiplikatoren.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Mitarbeiterbefragungen und Auswertungen 2014/2016/2018/2020/2022/2024 Dazwischen Maßnahmen zum kontinuierlichen Verbessserungsprozess.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Verfahrensanweisung: Rufdienst Medizinischer Notfall Datum: 18.08.2025	
RM05	Schmerzmanagement	Name: DNQP Datum: 25.09.2024	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronischen Schmerzen
RM06	Sturzprophylaxe	Name: DNQP Datum: 19.05.2025	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: DNQP Datum: 28.07.2025	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensanweisung zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Datum: 26.02.2025	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Geräte-Management + Worklfow Medizinoprodukte Datum: 26.06.2025	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Debriefing Reanimation und Notfall	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Name: Behandlungsvertrag Datum: 15.01.2025	Der Behandlungsvertrag regelt den Einsatz von Patientenarmbändern.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V Datum: 19.05.2025	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz
Verbesserung Patientensicherheit	- interne Risiko-Audits Schwerpunkt Patientensicherheit - Rufdienst Medizinscher Notfall 207 - Verfahrensanweisung hinlaufgefährdeter Patient - Aufklärung der Patienten: Patienteninformation zur Sturzvorbeugung

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	13.06.2025
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	1

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Alexander Meinhardt
Telefon	03693/456-201
Fax	03693/456-202
E-Mail	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	23,10 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information erfolgt zum Beispiel durch Flyer der MRSA-Netzwerke:	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Netzwerk Thüringen
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Innerhalb des Qualitätsmanagements wurde ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement eingeführt. Die Patienten oder Angehörigen können ihre Kritik anonym in einem Fragebogen äußern.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	In das Qualitätsmanagementsystem integriert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Einheitliches Formular zur Dokumentation der Beschwerdebearbeitung liegt vor.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Einheitliches Formular zur Dokumentation der Beschwerdebearbeitung liegt vor.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Eine umgehende Beschwerdebearbeitung durch die Abteilungsleiter bzw. die Klinikleitung ist obligat.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Die Befragung zur Zufriedenheit der Einweiser erfolgt nicht strukturiert, aber regelmäßig im Gespräch zwischen Chefarzt und den einweisenden Kliniken oder Hausärzten.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Jeden zweiten Monat wird mit einer Stichprobe von 50 Patienten ein strukturiertes Interview durch die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Anschluss statistisch ausgewertet und den Klinikmitarbeitern bekannt gegeben. Im Rahmen des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) werden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität angestrebt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	https://www.sozialwerk-meiningen.de/altersmedizin/feedback-anregungen-und-beschwerden
Kommentar	Für Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden hängt auf Station Briefkästen, in den man anonym seine schriftliche Kritik einwerfen kann.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Alexander Meinhardt
Telefon	03693/456-201
Fax	03693/456-202
E-Mail	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Florian Gröschel
Telefon	03693/456-812
Fax	03693/456-202
E-Mail	qualitaetsmanagementbeauftragter@sozialwerk-meiningen.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	In der Klinikleitungssitzung werden die dokumentierten Beschwerden in regelmäßigen Abständen mit dem QMB ausgewertet.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Angaben zur Patientenfürsprecherin/zum Patientenfürsprecher zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Ursula Huck
Telefon	03693/5019-10
E-Mail	patienten@sozialwerk-meiningen.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Alexander Meinhardt
Telefon	03693/456-201
Fax	03693/456-202
E-Mail	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen
Versorgung erfolgt durch externe Apotheke

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, zum Beispiel 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, gegebenenfalls 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 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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 bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Name: KIS-Standard Letzte Aktualisierung: 07.11.2025	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		ORBIS Medication und FlycicleVision

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Standard Multimedikation Letzte Aktualisierung: 15.08.2025	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: Standard Multimedikation Letzte Aktualisierung: 15.08.2025	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		ORBIS Medication und eRezept
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		MMI PharmindexPro
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	FlycicleVision

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 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 unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

---

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 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-1 Geriatrie, vollstationär

B-1.1 Allgemeine Angaben Geriatrie, vollstationär

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Geriatrie, vollstationär
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Alexander Meinhardt
Telefon	03693/456-201
Fax	03693/456-202
E-Mail	a.meinhardt@sozialwerk-meiningen.de
Straße/Nr	Ernststraße 7
PLZ/Ort	98617 Meiningen
Homepage	http://www.sozialwerk-meiningen.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Geriatrie, vollstationär

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Geriatrie, vollstationär
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Geriatrie, vollstationär
VI35	Endoskopie
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI44	Geriatrische Tagesklinik
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VX00	Anpassung von Hilfsmitteln z.B. Orthesen und Gehilfen
VX00	gerätegestützte Krankengymnastik
VX00	Zwei- und Vierzellenbäder (hydroelektrische Bäder)
VX00	Massagen (klassische Massage, Bindegewebs-, Periost-, Segmentmassage)
VX00	Thermo- und Elektrotherapie (Fango- Naturmoorpackung, Heiße Rolle, Mikrowelle, Ultraschall, Kryo-Therapie (Kaltluft) und Reizstrom)
VX00	Gruppentherapien (Wassergymnastik, Seniorengymnastik, Rückenschule, Sturzprävention, Osteoporose
VX00	Muskelaufbautraining an speziellen Geräten
VX00	Kraft- und Gleichgewichtstraining (Anti-Sturz-Behandlungskonzept)
VX00	Schlingentischtherapie
VX00	Beckenbodengymnastik
VX00	Atemtherapie
VX00	Craniosakrale Therapie
VX00	Einzeltherapie im Bewegungsbad
VX00	Manuelle Lymphdrainage / Kompressionsbandagen
VX00	Manuelle Therapie (auf neuro-orthopädischer Basis)
VX00	Krankengymnastische Einzel– und Gruppentherapie auch auf neurophysiologischer Basis (Bobath, PNF, FBL)
VX00	Wohnungsanpassungsmaßnahmen (Stolperquellen, Hilfsmittelanpassung, Umsetzung von Adaptionen gemeinsam mit Hausarzt und Sanitätshäusern, Hilfsmitteltraining)
VX00	kognitive und neuropsychologische Diagnostik und Therapie (Hirnleistungstraining bei Demenz, Wahrnehmungsstörungen)
VX00	Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperhygiene, An- und Auskleiden, Essen und Trinken)
VX00	motorisch-funktionelle Behandlung (nach Frakturen, Amputationen, Schlaganfällen, Grob- und Feinmotorikeinschränkungen)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Geriatrie, vollstationär
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

B-1.5 Fallzahlen Geriatrie, vollstationär

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1734
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	334	< 4	334	Fraktur des Femurs
2	I50	160	< 4	160	Herzinsuffizienz
3	I63	114	< 4	114	Hirninfarkt
4	S32	97	< 4	97	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
5	I70	52	< 4	52	Atherosklerose
6	F05	45	< 4	45	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
7	T84	41	< 4	41	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
8	S22	35	< 4	35	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	E11	26	< 4	26	Diabetes mellitus, Typ 2
10	M48	26	< 4	26	Sonstige Spondylopathien

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1965	Pflegebedürftigkeit
2	8-550	1559	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
3	8-98g	110	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	8-390	30	Lagerungsbehandlung
5	8-982	24	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
6	1-610	14	Diagnostische Laryngoskopie
7	1-632	13	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8	8-987	12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9	8-800	9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	8-192	7	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie	
Ambulanzart	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) (AM16)
Angebotene Leistung	Anpassung von Hilfsmitteln z.B. Orthesen und Gehilfen (VX00)
Angebotene Leistung	Atemtherapie (VX00)
Angebotene Leistung	Craniosakrale Therapie (VX00)
Angebotene Leistung	Einzeltherapie im Bewegungsbad (VX00)
Angebotene Leistung	gerätegestützte Krankengymnastik (VX00)
Angebotene Leistung	Gruppentherapien (Wassergymnastik, Seniorengymnastik, Rückenschule, Sturzprävention, Osteoporose (VX00)
Angebotene Leistung	Kraft- und Gleichgewichtstraining (Anti-Sturz-Behandlungskonzept) (VX00)
Angebotene Leistung	Krankengymnastische Einzel– und Gruppentherapie auch auf neurophysiologischer Basis (Bobath, PNF, FBL) (VX00)
Angebotene Leistung	Manuelle Lymphdrainage / Kompressionsbandagen (VX00)
Angebotene Leistung	Manuelle Therapie (auf neuro-orthopädischer Basis) (VX00)
Angebotene Leistung	Massagen (klassische Massage, Bindegewebs-, Periost-, Segmentmassage) (VX00)
Angebotene Leistung	motorisch-funktionelle Behandlung (nach Frakturen, Amputationen, Schlaganfällen, Grob- und Feinmotorikeinschränkungen) (VX00)
Angebotene Leistung	Muskelaufbautraining an speziellen Geräten (VX00)

Ambulanzen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie	
Angebotene Leistung	Schlingentischtherapie (VX00)
Angebotene Leistung	Thermo- und Elektrotherapie (Fango- Naturmoorpackung, Heiße Rolle, Mikrowelle, Ultraschall, Kryo-Therapie (Kaltluft) und Reizstrom) (VX00)
Angebotene Leistung	Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperhygiene, An- und Auskleiden, Essen und Trinken) (VX00)
Angebotene Leistung	Zwei- und Vierzellenbäder (hydroelektrische Bäder) (VX00)

MVZ Hausarztpraxis am Georgenhaus	
Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	Praxis für Allgemeinmedizin - Innere Medizin - Altersmedizin

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 39,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,42

Kommentar: Die leitenden Ärzte sind Fachärzte für Innere Medizin,Geriatrie, Neurologie und Palliativmedizin.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,42	Die leitenden Ärzte sind Fachärzte für Innere Medizin,Geriatrie, Neurologie und Palliativmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,37	
Nicht Direkt	0,05	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 151,83888

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,51	
Nicht Direkt	0,05	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 202,57009

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ54	Radiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ42	Neurologie
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF62	Krankenhaushygiene
ZF27	Naturheilverfahren
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF09	Geriatrie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 23,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 74,03928

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3271,69811

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 95,58986

Pflegefachfrauen B. Sc., Pflegefachmänner B. Sc.

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,55	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3152,72727

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 174,09639

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 12,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,21053

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 300,51993

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ01	Bachelor
PQ13	Hygienefachkraft
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ06	Master
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatrie
ZP13	Qualitätsmanagement

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP19	Sturzmanagement
ZP15	Stomamanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
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.

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
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.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
Cholezystektomie (CHE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	247	99,19 %	245		
Herzchirurgie (HCH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (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.

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel 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.

Leistungsbereich	Fall-zahl	Doku men-tations rate	Doku men-tierte Daten sätze		Kommentar DAS
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.
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)**
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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
Grundgesamtheit	1734
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	9,95
Ergebnis (Einheit)	1,31
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,45 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,76 - 2,23
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4**
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U61 - Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Die Mitglieder der Fachkommission sehen anhand des vorliegenden Falls eine besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. Der Leistungserbringer erhält einen ausführlichen Kommentar zur Bewertung.

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2**
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	1734
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,52%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 - 0,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 0,98%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet**
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	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
Grundgesamtheit	1734
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,22%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	**Dekubitusprophylaxe**
Bezeichnung der Kennzahl	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3**
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	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)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

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

Über § 137 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.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Trifft nicht zu.

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

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	14
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	9
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	9

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Geriatrie	Station 2	Tagschicht	100,00%	12
Geriatrie	Station 2	Nachtschicht	100,00%	12
Geriatrie	Station 3	Tagschicht	100,00%	12
Geriatrie	Station 3	Nachtschicht	100,00%	11

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatrie	Station 2	Tagschicht	84,15%
Geriatrie	Station 2	Nachtschicht	80,60%
Geriatrie	Station 3	Tagschicht	79,78%
Geriatrie	Station 3	Nachtschicht	72,68%

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.

- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

  Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu.

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

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

Arzneimittel für neuartige Therapien	
Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Vorstellung des Unternehmens

Die Sozialwerk Meiningen gGmbH besteht seit 1994, ist eine hundertprozentige Tochter des Sozialwerk Meiningen e.V. und betreibt als frei- gemeinnütziger diakonischer Träger stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen in der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, der Hospiz- und Palliativversorgung sowie eine Geriatrische Fachklinik und eine Geriatrische Rehabilitationsklinik.
Die Eröffnung der Geriatrischen Fachklinik Georgenhaus erfolgte am 03.09.1996 am Standort Leipziger Straße 23. Nach Umzug in die Ernststraße 7 (2003) sowie einer schrittweisen Erweiterung in der Folgezeit verfügt die Klinik heute über 124 Planbetten und 19 tagesklinischen Behandlungsplätzen.

Unser Leitspruch und dessen Bedeutung für uns

Prägend für unsere tägliche Arbeit ist der Leitspruch:

„Denn es sollen wohl Berge weichen und Hügel hinfallen, aber meine Gnade soll nicht von dir weichen und der Bund meines Friedens soll nicht hinfallen, spricht der Herr, dein Erbamer.“ (Jes. 54/10.)

Diese Trostworte Gottes übermittelte Jesaja den Israeliten, die in babylonischer Gefangenschaft lebten und versprach, sie nicht allein zu lassen, versprach immerwährende Zuneigung und Gnade. In Vertrauen auf diese Zusage Gottes schöpfen wir Kraft für unsere Aufgabe, den Patienten verlässliche Hilfe und Unterstützung auf ihrem Weg zu sein, Selbstvertrauen zu vermitteln, zu ermutigen, aber auch zu helfen Krankheiten anzunehmen und zu ertragen und über alles Leid hinaus zu hoffen. Wir sehen in unseren Patienten mehr als nur „Kunden“ und versuchen, ihre individuelle Situation und ihre Wünsche und Ziele so genau wie möglich zu erfassen, um auf die medizinischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse und Anforderungen gezielt eingehen zu können.

Unternehmensstrategie

Die grundlegende Strategie des Unternehmens für die kommenden Jahre besteht darin, mit einem hohen Anspruch an die Qualität unserer Leistung Kostenträger, Patienten und deren Angehörige sowie Einweiser und Zuverleger zu überzeugen die Leistungen des Hauses weiter in Anspruch zu nehmen sowie Allen ein absolut zuverlässiger Partner zu sein.
Hieraus leiten sich die lang- und kurzfristigen Unternehmensziele ab, deren Definition maßgeblich von den aktuellen Entwicklungen des externen und internen Kontextes der Organisation abhängig ist. Unsere Zielstellungen werden in festgelegten Abständen revidiert und fortgeschrieben. Die Zielverfolgung erfolgt systematisch mit vorab definierten Maßnahmen und Verantwortlichkeiten.
Wir treten dafür ein, dass das Georgenhaus in Meiningen ein Ort von medizinischer und geriatrischer Kompetenz und christlicher Nächstenliebe ist und als ein solcher verstanden wird.

Kontinuierliche Verbesserung unserer Leistung
Wir hinterfragen die Qualität unserer Leistung permanent, um Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. Anregungen von Patienten und Angehörigen, sowie Mitarbeitern und allen sonstigen interessierten Parteien sind uns dabei sehr wichtig.
Zudem ist die fortlaufende und zielgerichtete Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter ein wichtiger Baustein zur Sicherung der sehr guten Qualität unserer Leistungen.
Abgeleitet aus den uns gestellten Anforderungen und unserer Unternehmensphilosophie formulieren wir systematisch Qualitätsziele, deren Überprüfung und Fortschreibung in regelmäßigen Abständen erfolgen.
Sich ändernde gesellschaftliche, politische, gesetzliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen werden laufend hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken beurteilt und fliesen in die Entscheidungsfindung ein.

Dienstgemeinschaft

Wir gestalten unsere gemeinsame Arbeit im Sinne einer diakonisch orientierten Dienstgemeinschaft, in der gegenseitige Wertschätzung und ein fairer, respektvoller und ehrlicher Umgang miteinander wichtige Werte darstellen.
Wir wissen, dass wir als Gemeinschaft mehr bewegen und unseren Patienten gezielter helfen können. Voraussetzung dafür ist die Erfahrungsweitergabe unter allen Mitarbeitenden und ein kritischer interdisziplinärer Dialog und die enge Einbeziehung der Angehörigen unserer Patienten.
Eine hohe Transparenz durch permanente Information und offene Kommunikation fördert die Motivation Aller und gewährleistet, dass der diakonische Leitgedanke und die Ziele der Einrichtung verstanden und umgesetzt werden.
Die Führungskräfte nehmen die Mitarbeitenden in Ihren Wünschen und Bedürfnissen erst, sind beispielgebend in der Umsetzung der Leitlinien zum Erreichen der Unternehmensziele und führen vorbildhaft, verlässlich und gerecht. Eine hohe Identifikation der Mitarbeitenden mit ihrer Aufgabe und dem Unternehmen fördert die vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie das ständige Bestreben nach weiterer Qualitätsverbesserung.

Verantwortungsvolles und kostenbewusstes Handeln jedes Einzelnen sowie der zielgerichtete Einsatz der vorhandenen Ressourcen sichern nachhaltig die wirtschaftliche Stabilität des Unternehmens.

D-2 Qualitätsziele

Die Geschäftsführung des Trägers der Klinik gibt jährlich aktualisierte Qualitätsziele bekannt. Diese Ziele werden über das digitale Managementsystem gelenkt und mit adäquaten Maßnahmen und Verantwortlichkeiten verfolgt.
Die Evaluation erfolgt anhand klinischer und betriebswirtschaftlicher Kenngrößen (KPI) sowie prozessualen Parametern.
Im Fokus der Unternehmensziele stehen die zukunftsorientierte und bedarfsgerechte Ausrichtung des Unternehmens sowie die bestmögliche Patientensicherheit.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Geriatrischen Fachklinik Meiningen wird von der Geschäftsführung in enger Abstimmung mit der Klinikleitung wahrgenommen.

Sie ist für die Sicherstellung und Einhaltung der Qualitätspolitik verantwortlich und formuliert die Qualitätsziele des Unternehmens verbindlich für alle Mitarbeiter.

Der Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems wird durch einen hauptamtlichen Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) gefördert.

Die Koordination und Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird vom Qualitätsmanagementbeauftragten durchgeführt. Er unterstützt die Mitarbeiter bei der Planung und Durchführung von QM-Maßnahmen. Des Weiteren berichtet er regelmäßig über den Stand des QM-Systems und übernehmen die Information und Schulung der Mitarbeiter in QM-Belangen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Wir setzen im Qualitätsmanagement unterschiedliche Methoden zur ständigen Verbesserung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität ein. Unsere wesentlichen Instrumente sind:

1. Wöchentliche Chefarzt- bzw. Oberarztvisite und tägliche stationsärztliche Visite
2. Beschwerdemanagement
3. Funktionsübergreifende Teambesprechungen (incl. Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen)
4. Hygiene- und Wundmanagement
5. Monitoring von pflegerischen Qualitätsparametern
6. Meldung und Management von kritischen Vorkommnissen und Beinahe-Vorkommnissen (CIRS)
7. Betriebliches Vorschlagswesen
8. Digitale Bearbeitung von Beschwerden
9. Hygienekommission
10. Transfusionskommission
11. Mitarbeiterbefragung
12. Digitales Wissensmanagement
13. fortlaufende Patientenbefragung
14. Maßnahmen zur Patienteninformation (Internetauftritt, Informationsbroschüren usw.)
15. Externe und interne Weiterbildungsveranstaltungen (u. a. Zercur Geriatrie)
16. Klinikleitungssitzung
17. Klinikabteilungsleitersitzung
18. Qualitätszirkel

Überprüfungen unserer Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen regelmäßig durch externe Stellen. Dies sind im Einzelnen:

1. GEMIDAS (externe Qualitätssicherung Geriatrie)
2. Gesundheitsamt
3. Brand- und Katastrophenschutz
4. Kontrolle von Trinkwasser und Wasser des Bewegungsbades
5. TÜV
6. Arbeitssicherheit
7. Zertifizierungsgesellschaften, Interne Erhebungen, Dokumentation und Reporting von Kennzahlen an die Geschäftsführung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagement-Projekte werden in der Geriatrischen Fachklinik Georgenhaus zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität durchgeführt.
Sie dienen dazu die Versorgung der Patienten zu verbessern und die Arbeitsabläufe zu optimieren.
Folgende Qualitätssicherungsprojekte wurden im Berichtszeitraum durchgeführt:

8. Begleitende Patientenbefragung
9. Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
10. Teilnahme GEMIDAS
11. Teilnahme am Qualitätsnetzwerk Geriatrie
12. Bedarfsorientierte Erweiterung des interdisziplinären Fortbildungsangebots (u.a. ZERCUR GERIATRIE®, Zusatzqualifikation, Praxisanleiter, respectare®)
13. Durchführung von Qualitätszirkeln mit verschiedenen Schwerpunktthemen
14. Digitalisierung der Patientendokumentation
15. Digitalisierung des unternehmensweiten Informationsmanagements
16. KVP-Projekt zur Verbesserung
    1. der Prozesse in der Finanzbuchhaltung und dem Rechnungswesen
    2. der Prozesse der Materialwirtschaft
    3. IT-Notfallkonzept
    4. der Speisenversorgung
    5. der interdisziplinären Zusammenarbeit

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Extern:
17. externe Qualitätssicherung GEMIDAS
18. Zertifizierung
19. Gesundheitsamt/Krankenhausaufsicht
20. TÜV
21. Arbeitssicherheit
22. Bauaufsicht
23. MDK
24. Landesärztekammer Thüringen
25. Brandschutz

Intern:
26. Management-Review durch Geschäftsführung und Klinikleitung
27. CIRS
28. Betriebliches Vorschlagwesen
29. Beschwerdemanagement
30. Interne Audits
31. Notfallübungen
32. MAV als Ansprechpartner

33. Managementreview
34. Erhebung von Kennzahlen
35. Regelmäßige Revision und Fortschreibung interner Qualitätsziele

Hausinterne Vorgabe- und Nachweisdokumente bilden die Grundlage für interne Prüfungen (z. B. Haustechnik: Wartungsdokumentation).