



# 2020

## Referenzbericht

Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz

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

Übermittelt am: 21.10.2021  
Automatisch erstellt am: 19.01.2022  
Layoutversion vom: 10.05.2021



## Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung	25
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	25
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	27
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	27
B-2	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	33
C	Qualitätssicherung	40
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	40
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	43
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	44
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	44
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	44
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	44
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	45
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	46
-	Diagnosen zu B-1.6	47
-	Prozeduren zu B-1.7	47



-	Diagnosen zu B-2.6	47
-	Prozeduren zu B-2.7	47



## - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Sachgebietsleiterin Patientenverwaltung  
Titel, Vorname, Name: Sylvia Richter  
Telefon: 03585/453-2612  
Fax: 03585/453-2619  
E-Mail: [sylvia.Richter@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:sylvia.Richter@skhgr.sms.sachsen.de)

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Verwaltungsdirektorin  
Titel, Vorname, Name: Dipl.Ing.oec. Ute Gawollek  
Telefon: 03585/453-2005  
Fax: 03585/453-2009  
E-Mail: [ute.Gawollek@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:ute.Gawollek@skhgr.sms.sachsen.de)

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>  
Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz  
Hausanschrift: Dr.-Max-Krell-Park 41  
02708 Großschweidnitz  
Postanschrift: Dr.-Max-Krell-Park 41  
02708 Großschweidnitz  
Institutionskennzeichen: 261400938  
URL: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>  
Telefon: 03585/453-0  
E-Mail: [Poststelle@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Poststelle@skhgr.sms.sachsen.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Direktion  
Titel, Vorname, Name: CÄ Dr.med. Loretta Farhat  
Telefon: 03585/453-1005  
Fax: 03585/453-1009  
E-Mail: [Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Jens Jählig-Kutschmann  
Telefon: 03585/453-1205  
Fax: 03585/453-1209  
E-Mail: [Pflegedirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Pflegedirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin  
Titel, Vorname, Name: Dipl.Ing.oec. Ute Gawollek  
Telefon: 03585/453-2005  
Fax: 03585/453-2009  
E-Mail: [Verwaltungsdirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Verwaltungsdirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

## Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz Tagesklinik Weißwasser  
Hausanschrift: Carl-Friedrich-Gauß-Straße 3  
02943 Weißwasser  
Postanschrift: Carl-Friedrich-Gauß-Straße 3  
02943 Weißwasser  
Institutionskennzeichen: 261400938  
Standortnummer: 772839000  
Standortnummer alt: 99  
URL: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

### Ärztliche Leitung

Position: Ärztliche Direktorin  
Titel, Vorname, Name: CÄ Dr.med. Loretta Farhat  
Telefon: 03585/453-1005  
Fax: 03585/453-1009  
E-Mail: [Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Jens Jählig-Kutschmann  
Telefon: 03585/453-1205  
Fax: 03585/453-1209  
E-Mail: [Pflegedirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Pflegedirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin  
Titel, Vorname, Name: Dipl.Ing.oec. Ute Gawollek  
Telefon: 03585/453-2005  
Fax: 03585/453-2009  
E-Mail: [Verwaltungsdirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Verwaltungsdirektor@skhgr.sms.sachsen.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Art: öffentlich

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

Universitätsklinikum:       Nein  
 Lehrkrankenhaus:            Ja  
 Name Universität:            Technische Universität Dresden

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

Psychiatrisches Krankenhaus:        Ja  
 Regionale Versorgungsverpflichtung:    Ja

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP62	Snoozelen	
MP63	Sozialdienst	

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

### Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM50	Kinderbetreuung		
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		

### Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

### Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

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

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Heilpädagogin  
 Titel, Vorname, Name: Dipl.-Heilpäd. (FH) Susan Hanusa  
 Telefon: 03585/453-1942  
 Fax: 453/03585-2039  
 E-Mail: [Susan.Hanusa@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Susan.Hanusa@skhgr.sms.sachsen.de)

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
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	

**Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	kann extern angefordert werden
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Englisch, Tschechisch, Polnisch, Ungarisch, Russisch, Ukrainisch, Sorbisch

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	



**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	

**Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

**A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**

**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

**A-9 Anzahl der Betten**

Betten: 30

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 0  
 Teilstationäre Fallzahl: 140  
 Ambulante Fallzahl: 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,98	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,98	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,35	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,35	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,35	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

### A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	4,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,25	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	1,72	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,72	

### Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,98	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,98	

### Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl (gesamt)	1,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,25	

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP06 Erzieherin und Erzieher

Anzahl (gesamt)	1,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,50	



### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikostrategie vom 11.01.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Konzept vom 13.11.2019
RM05	Schmerzmanagement	Konzept Multimodale Schmerztherapie vom 20.11.2020
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe vom 07.09.2021
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard vom 09.05.2018
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Dienstanweisung vom 15.01.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Ungeplante Durchführung von Instandhaltungsmaßnahmen vom 04.06.2019
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Dokument vom 24.04.2019

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja  
 eingerichtet:  
 Tagungsfrequenz: monatlich  
 Maßnahmen: Verbesserung der Patientensicherheit

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	14.01.2021
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	bei Bedarf

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Nein

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

Position: Ärztliche Direktorin  
Titel, Vorname, Name: CÄ Dr.med. Loretta Farhat  
Telefon: 03585/453-1005  
Fax: 03585/453-1009  
E-Mail: [Loretta.Farhat@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Loretta.Farhat@skhgr.sms.sachsen.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker	1	Das Sächsische Krankenhaus hat für alle Kliniken einen externen Berater (Krankenhaustygiene/ Umweltschutz) auf Honorarbasis.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	Es wurden für alle Kliniken des Sächsischen Krankenhauses zwei Fachärzte mit der Zusatzqualifikation "Hygienebeauftragte Ärzte" bestellt.
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

#### A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie	
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	8,50
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Die Aufbereitung und Sterilisation wurde extern vergeben.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Es werden alle Berufsgruppen geschult.

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Im Krankenhaus gibt es ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Das Konzept ist im Intranet einzusehen.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Mündliche Beschwerden können in Stationsrunden und Visiten sofort angesprochen werden oder bei Mitarbeitern des Pflegedienstes, der schriftführenden Pflegekraft oder Stations-Schwester/Pfleger, dem Ethikkomitee und dem Sozialdienst vorgetragen werden. In Visiten kann eine Beschwerde auch direkt an den/die Stationsarzt/-ärztin oder Oberarzt/-ärztin gerichtet werden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Beschwerden können an den/die Chefarzt/in der Klinik oder an die Ärztliche Leitung, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung oder das Beschwerdemanagement gerichtet werden. Es können aber auch schriftliche Beschwerden an den Träger der Einrichtung, dem Sächsischen Staatministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt Dresden eingereicht werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Fristen zur Eingangsbestätigung und Dauer der Beschwerdebearbeitung sind im Konzept geregelt.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Jeder Patient kann eine Beschwerde anonym einreichen, indem er einen Beschwerdebrief in das Postfach des Beschwerdemanagement in der Poststelle der Verwaltung oder in einen dafür vorgesehenen Briefkasten an der Pforte einwirft.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Jeder Patient/in erhält bei der Entlassung einen Fragebogen. Die Ergebnisse der kontinuierlichen Patientenbefragung werden im Intranet und auf unserer Homepage veröffentlicht.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	nein	

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Qualitätsmanagement  
 Titel, Vorname, Name: Ulrike Schulze  
 Telefon: 03585/453-1417  
 Fax: 03585/453-2039  
 E-Mail: [Ulrike.Schulze@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Ulrike.Schulze@skhgr.sms.sachsen.de)

### Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>  
 Kommentar: Verantwortlichkeiten und Aufgaben sind im Beschwerdemanagement-Konzept geregelt.

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher  
 Titel, Vorname, Name: Gabriele Timmler  
 Telefon: 03581/663-2719  
 Fax: 03585/6636-2710  
 E-Mail: [Gabriele.Timmler@kreis-gr.de](mailto:Gabriele.Timmler@kreis-gr.de)

### Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Patientenfürsprecher des Sächsischen Krankenhauses Großschweidnitz ist Frau Gabriele Timmler. Sie unterstützt Patienten, falls Probleme oder Konflikte mit Mitarbeitern des Krankenhauses auftreten. Telefonisch ist sie über das Gesundheitsamt des Landkreises Görlitz zu erreichen.

### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

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

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

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

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

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

Position:	Oberarzt
Titel, Vorname, Name:	Sven Richter
Telefon:	03585/453-1623
Fax:	03585/453-5079
E-Mail:	<a href="mailto:Sucht@skhgr.sms.sachsen.de">Sucht@skhgr.sms.sachsen.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 0

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: Es gibt keine eigene Krankenhausapotheke.  
Die Belieferung erfolgt über die Apotheke des Krankenhauses Oberlausitzer Bergland Ebersbach-Neugersdorf.

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

**Allgemeines**

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

**Allgemeines**

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

**Aufnahme ins Krankenhaus**

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

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

Risikostrategie

11.01.2021

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

## Entlassung

### 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 (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	nein	
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	keine_Angabe_erforderlich	

## 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 Abschlüsse vor.

**A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

**A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

**A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung**

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

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

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

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

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

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

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt:**

Position: Ärztliche Direktorin  
 Titel, Vorname, Name: CÄ Dr. med. Loretta Farhat  
 Telefon: 03585/453-1005  
 Fax: 03585/453-1009  
 E-Mail: [Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:Aerztlicherdirektor@skhgr.sms.sachsen.de)  
 Anschrift: Dr.-Max-Krell-Park 41  
 02708 Großschweidnitz  
 URL: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

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

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

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

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

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Insbesondere Nachbehandlungen bei Drogenmissbrauch bzw. Abhängigkeit bei Alkoholerkrankungen und bei Medikamentenabhängigkeiten

<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>		
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Behandlung von neu aufgetretenen Störungen sowie langjährig bekannten Psychosen im Erwachsenenalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Differenzialdiagnostik (z. B. durch Verhaltensbeobachtungen, durch testpsychologische Untersuchungen etc.) und Therapie (Psychotherapie, Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapie, Kombinationstherapie) von affektiven Störungen, einschließlich nicht pharmakologischer Behandlungen.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Diagnostik, Behandlung und Erhaltungstherapie im Intervallverlauf
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Differenzialdiagnostik und Therapie bei psychiatrischer Symptomatik im Rahmen körperlicher Erkrankungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Diagnostik, Einleitung einer adäquaten Therapie sowie Erhaltungstherapie im Intervallverlauf
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (Intelligenzminderung, Lernbehinderung), differenzialdiagnostische Abgrenzung. Vordergründig Therapie begleitender Verhaltensstörungen. Ein Schwerpunkt sind soziale Verhaltensdefizite.
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	103

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

Keine Hauptdiagnosen erbracht

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

Keine Prozeduren erbracht

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

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

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

### **B-1.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

#### **Hauptabteilung:**

<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b>		
Anzahl (gesamt)	0,35	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,35	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,35	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

**davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl (gesamt)	0,10	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,10	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger**

Anzahl (gesamt)	2,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,75	2,75 Examinierete Pflegekräfte
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,89	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,89	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
Fälle je Anzahl	0,00000	



Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
Fälle je Anzahl	0,00000	

## **B-2      Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)**

### **B-2.1      Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"**

Fachabteilungsschlüssel:      3060  
 Art:      Kinder- und  
 Jugendpsychiatrie/T  
 agesklinik (für  
 teilstationäre  
 Pflegesätze)

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt:**

Position:      Chefärztin  
 Titel, Vorname, Name:      Dr.med. Sabine Hiekisch  
 Telefon:      03585/453-6005  
 Fax:      03585/453-6009  
 E-Mail:      [KinderJugendPsychiatrie@skhgr.sms.sachsen.de](mailto:KinderJugendPsychiatrie@skhgr.sms.sachsen.de)  
 Anschrift:      Dr.-Max-Krell-Park 41  
 02708 Großschweidnitz  
 URL:      <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de>

### **B-2.2      Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V:    Ja

### **B-2.3      Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

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

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Behandlungen bei Drogenmissbrauch bzw. Abhängigkeit bei Alkoholerkrankungen und bei Medikamentenabhängigkeiten

<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>		
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Differenzialdiagnostische Abgrenzung zu organischen Störungen und altersadaptierte Behandlung, Kurz- und Langzeitinterventionen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Differenzialdiagnostik (z. B. durch Verhaltensbeobachtungen, durch testpsychologische Untersuchungen etc.) und Therapie (Psychotherapie, Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapie, Kombinationstherapie) von affektiven Störungen, einschließlich nicht pharmakologischer Behandlungen.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Krisen-, Kurz- und Langzeitinterventionen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Differenzialdiagnostik und Therapie bei psychiatrischer Symptomatik im Rahmen körperlicher Erkrankungen.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Diagnostik (z. B. durch Verhaltensbeobachtung durch psychologische Untersuchungen etc.) und Therapie (Krisenintervention, Psychotherapie, Persönlichkeitsstörungen)
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (Intelligenzminderung, Lernbehinderung), differenzialdiagnostische Abgrenzung. Ein Schwerpunkt sind soziale Verhaltensdefizite.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen, differenzialdiagnostische Abgrenzung. Ein Schwerpunkt sind soziale Verhaltensdefizite.
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Diagnostik und Einleitung einer adäquaten Therapie
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	



## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,63	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,63	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,63	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,25	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

#### Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-2.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,50	1,5 Examierte Pflegekräfte
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP24	Deeskalationstraining	

### **B-2.11.3      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

<b>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</b>		
Anzahl (gesamt)	0,83	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,83	
Fälle je Anzahl	0,00000	

<b>Ergotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	1,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,23	
Fälle je Anzahl	0,00000	



Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	
Fälle je Anzahl	0,00000	

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: 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 QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (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.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	40		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde standortübergreifend berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich QSKH	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (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**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

### **Strukturqualitätsvereinbarungen**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben**

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen.

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	3
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	2
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	2



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

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



- **Diagnosen zu B-1.6**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Prozeduren zu B-1.7**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Diagnosen zu B-2.6**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Prozeduren zu B-2.7**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## Disclaimer

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

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

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