



## **Strukturierter Qualitätsbericht 2022**

Gemäß §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Johanniter Geriatrie und Seniorenzentrum Geesthacht GmbH



**JOHANNITER**

**Aus Liebe zum Leben**

# Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	10
A-11	Personal des Krankenhauses	10
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2	Pflegepersonal	10
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1	Qualitätsmanagement	13
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	13
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	16
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	20
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	22
A-13	Besondere apparative Ausstattung	22
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	23
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	23
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	23
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	23
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	23
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1]	Geriatric	24

B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	24
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	24
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	24
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	26
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	26
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[1].11	Personelle Ausstattung	27
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	27
B-[1].11.2	Pflegepersonal	28
B-[2]	Geriatric/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	30
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	30
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	30
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	31
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	32
B-[2].11	Personelle Ausstattung	32
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	32
B-[2].11.2	Pflegepersonal	32
C	Qualitätssicherung	33
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	33
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	33
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	33
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	36
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	36

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	36
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	37
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	37
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	37
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	37
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	37
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	38

## Vorwort

### Transparenz schafft Qualität

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

eine qualitativ hochwertige Pflege- und Behandlungsqualität, die stets mit den neuesten pflege- und medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen einhergeht – das ist, heute genau wie vor über 900 Jahren, das erklärte Ziel der Johanniter. Wer die Hospitalordnung des Johanniter-Krankenhauses in Jerusalem aus dem Jahr 1182 liest, findet dort Standards für Medizin, Pflege und Hygiene. Und doch ist heute einiges anders als damals: Patienten und Öffentlichkeit sind mündiger, kritischer und emanzipierter als früher. Sie verlangen Transparenz über die Qualität in der Medizin. Auch diesem Anspruch gerecht zu werden, hat für uns oberste Priorität.

Seit dem Jahr 2004 bündelt die Johanniter GmbH die Aktivitäten des Johanniterordens auf dem Gebiet der stationären Gesundheitsversorgung. Zu den Einrichtungen gehören aktuell 18 Johanniter-Krankenhäuser, inkl. Fach- und Reha-Kliniken mit deren Tageskliniken sowie sieben „Medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) mit 50 Kassenarztsitzen.

Zirka 17.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich in den stationären und tagesklinischen Einrichtungen der Johanniter rund um die ganzheitliche Betreuung von mehr als 430.000 Patientinnen und Patienten im klinischen Bereich.

Unsere Tochtergesellschaft Johanniter Seniorenhäuser GmbH führt 94 Altenpflegeeinrichtungen mit rund 10.000 Pflegeplätzen bzw. Betreuten Wohnungen (stationäre Pflege, Tagespflege und Betreutes Wohnen).

In allen vorgenannten Einrichtungen integrieren wir unser christliches Leitbild in einen hochmodernen Klinik- & Betreuungsalltag – denn die Orientierung am eigenen Leitbild ist uns ebenso wichtig wie die Erfüllung vorgegebener Standards. In unseren Qualitätsberichten, haben wir die geforderten Informationen für Sie in transparenter und sachlicher Darstellung aufbereitet. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr



Frank Böker,

Vorsitzender der Geschäftsführung der Johanniter GmbH

## Einleitung

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

## Verantwortliche

---

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

---

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name	Herr Frank Germeroth
Telefon	04152 179 500
Fax	04152 179 558
E-Mail	frank.germeroth@gst.johanniter-kliniken.de

---

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

---

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Corinna Wagner
Telefon	04152 171 406
Fax	04152 171 421
E-Mail	corinna.wagner@joga.johanniter.de

---

## Links

---

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/">https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	<a href="https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/unsere-qualitaet-patientensicherheit/">https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/unsere-qualitaet-patientensicherheit/</a>

---

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Johanniter Geriatrie und Seniorenzentrum Geesthacht GmbH
PLZ	21502
Ort	Geesthacht
Straße	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer	100
IK-Nummer	260102229
Standort-Nummer	772870000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	04152
Telefon	1710
E-Mail	frank.germeroth@gst.johanniter-kliniken.de
Krankenhaus-URL	<a href="https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/">https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

#### Leitung des Krankenhauses

##### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name	Frank Germeroth
Telefon	04152 179 500
Fax	04152 179 558
E-Mail	frank.germeroth@gst.johanniter-kliniken.de

##### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin/Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Ulrike Hammad-Greif
Telefon	04152 171 100
Fax	04152 171 421
E-Mail	ulrike.hammad-greif@joga.johanniter.de

##### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Nicole Barein
Telefon	04152 171 390
Fax	04152 171 421
E-Mail	nicole.barein@joga.johanniter.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Johanniter Geriatrie und Seniorenzentrum Geesthacht GmbH
Träger-Art	öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
2	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
3	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
4	MP18 - Fußreflexzonenmassage
5	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
6	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
7	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
8	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
9	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
10	MP45 - Stomatherapie/-beratung
11	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
12	MP06 - Basale Stimulation
13	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst
14	MP37 - Schmerztherapie/-management
15	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
16	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
17	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
18	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
19	MP63 - Sozialdienst
20	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
21	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
22	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
23	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
24	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
25	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)



---

#### # Med.pfleg. Leistungsangebot

---

- |    |   |
|----|---|
| 26 | MP40 - Spezielle Entspannungstherapie                     |
| 27 | MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot          |
| 28 | MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen   |
| 29 | MP25 - Massage  |
| 30 | MP27 - Musiktherapie                                      |
| 31 | MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen                        |
| 32 | MP51 - Wundmanagement                                     |
| 33 | MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)   |
| 34 | MP21 - Kinästhetik  |
| 35 | MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie                       |
| 36 | MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| 37 | MP14 - Diät- und Ernährungsberatung                       |
- 

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

---

#### # Leistungsangebot

---

- |   |  |
|---|--|
| 1 | NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen   |
| 2 | NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen   |
| 3 | NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |
| 4 | NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  |
| 5 | NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |
| 6 | NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) |
| 7 | NM02: Ein-Bett-Zimmer  |
-

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	L. Adam
Telefon	04152 171 0
Fax	04152 171 421
E-Mail	info@joga.johanniter.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#### # Aspekte der Barrierefreiheit

- 1 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- 2 BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
- 3 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
- 4 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
- 5 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 6 BF24 - Diätetische Angebote
- 7 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 8 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 9 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 10 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
- 11 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 12 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  
*z.B. Russisch, Englisch, Türkisch, tlw. Arabisch*
- 13 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 14 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 15 BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
- 16 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 17 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

### A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	67
---------------	----

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	877
Teilstationäre Fallzahl	146
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0
---	---

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt			11,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,75	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 11,75

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt			5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 5

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt			12,64
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	12,64	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 12,64

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt			9,83
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,83	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 9,83

#### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt			2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 2

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt			4,91
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,91	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 4,91

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

Gesamt				3,52
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,52

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,53
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,53

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,56
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,56

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

Gesamt				1,61
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,61	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,61

### SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				2,52
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,52

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				5,87
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,87	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,87

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,57
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,57	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,57

### SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,5	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,5

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				4,53
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,53

### SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer

Gesamt				2,43
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,43	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,43

### SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

### SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Gesamt				1,43
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,43	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,43

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Corinna Wagner
Telefon	04152 171 406
Fax	04152 171 421
E-Mail	corinna.wagner@joga.johanniter.de

#### A-12.1.2 Lenkungsremium

##### Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

##### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Klinikleitung (Geschäftsleitung, Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung) und Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### A-12.2.2 Lenkungsremium

##### Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzrisikomanagement Letzte Aktualisierung: 12.07.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement Pb Letzte Aktualisierung: 07.12.2021
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinischer Notfall Letzte Aktualisierung: 11.10.2022
5	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 07.12.2021
6	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: FEM Freiheitseinschränkende Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 26.09.2023
7	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Patientenaufnahme vollstationär und Tagesklinik Letzte Aktualisierung: 16.05.2023
10	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 25.03.2021

### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Qualitätszirkel

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

## Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

### # Instrument bzw. Maßnahme

- |   |   |
|---|---|
| 1 | IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen<br>Frequenz: bei Bedarf  |
| 2 | IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem<br>Frequenz: bei Bedarf |
| 3 | IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor<br>Letzte Aktualisierung: 08.11.2022                          |

### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Zirkel

## A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

### Genutzte Systeme

#### # Bezeichnung

- |   |  |
|---|--|
| 1 | EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) |
|---|--|

### Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf



## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

#### Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Extern

#### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

#### Hygienefachkräfte (HFK)

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

#### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

#### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin/Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Ulrike Hammad-Greiff
Telefon	04152 171 100
Fax	04152 171 421
E-Mail	ulrike.hammad-greiff@joga.johanniter.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

### Der Standard thematisiert insbesondere

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

### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja

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

Auswahl	Ja
---------	----

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl	Nein
---------	------

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja
---------	----

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

#### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben	Nein
---	------

#### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Nein
---	------

---

## Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

---

Auswahl Nein

---

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

#### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

---

#### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

---

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

#### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich <i>1 x jährliche Pflichtunterweisung über Online-Tool, sowie zusätzliche Schulungsangebote zu aktuellen hygienerelevanten Themen</i>
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
3	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

---

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

- CDAD-KISS
- MRSA-KISS
- STATIONS-KISS

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte, Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Corinna Wagner
Telefon	04152 171 406
Fax	04152 171 421
E-Mail	Corinna.Wagner@joga.johanniter.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Verantwortliches Gremium

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

## A-12.5.2 Verantwortliche Person

### Verantwortliche Person

---

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

---

### Kontaktdaten

---

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin/Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	U. Hammad-Greif
Telefon	04152 171 100
Fax	04152 171 421
E-Mail	Ulrike.hammad-greif@joga.johanniter.de

---

## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

---

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

---

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

### Instrumente und Maßnahmen AMTS

---

#### # Instrument bzw. Maßnahme

---

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

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	befindet sich in der aktiven Planung, erster Konzeptentwurf erstellt

### Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen
---------	---

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein
		<i>Hirnstrommessung</i>

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Teilnahme an einer Notfallstufe

---

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

---

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

#### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

---

Erfüllt	Nein
---------	------

---

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

---

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

---

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

---



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Geriatrie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

#### B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Ulrike Hammad-Greiff
Telefon	04152 171 0
Fax	04152 171 421
E-Mail	ulrike.hammad-greiff@joga.johanniter.de
Strasse	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer	100
PLZ	21502
Ort	Geesthacht
URL	<a href="https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/stationaere-leistungen/medizinische-leistungen/">https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/stationaere-leistungen/medizinische-leistungen/</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------

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

### # Medizinische Leistungsangebote

1	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
2	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
4	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
5	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	VI38 - Palliativmedizin
7	VI42 - Transfusionsmedizin
8	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	VU18 - Schmerztherapie
10	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
11	VI39 - Physikalische Therapie
12	VD20 - Wundheilungsstörungen
13	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
14	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
15	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
16	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
17	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
18	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
19	VI34 - Elektrophysiologie
20	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
21	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
22	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
23	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
24	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
25	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
26	VN23 - Schmerztherapie
27	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
28	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
29	VR04 - Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl	877
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	138
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	78
3	I50	Herzinsuffizienz	52
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	49
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	29
6	I63	Hirninfarkt	29
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	26
8	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	25
9	I70	Atherosklerose	19
10	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	18

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	831
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	647
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	6
5	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	5

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	

### B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm- Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,75	Fälle je VK/Person	81,5814	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,75

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4	Fälle je VK/Person	219,25	
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4

#### B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

##### # Facharztbezeichnungen

- 1 AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 2 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
- 3 AQ23 - Innere Medizin
- 4 AQ42 - Neurologie

#### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

##### # Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF09 - Geriatrie
- 2 ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
- 3 ZF30 - Palliativmedizin
- 4 ZF27 - Naturheilverfahren

## B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				38,5
---	--	--	--	------

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

Gesamt		11,04	Fälle je VK/Person	79,43841
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,04	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	11,04

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,83	Fälle je VK/Person	89,21668
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,83	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,83

### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	438,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,91	Fälle je VK/Person	178,615082
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,91	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,91

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

Gesamt		3,52	Fälle je VK/Person	249,147736
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,52

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,53	Fälle je VK/Person	573,202637
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,53

### B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#### # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

## B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

---

### # Zusatzqualifikation

---

1 ZP16 - Wundmanagement

*Externe Fachkraft*

---

2 ZP09 - Kontinenzmanagement

---

3 ZP01 - Basale Stimulation

---

4 ZP07 - Geriatrie

---

5 ZP05 - Entlassungsmanagement

---

6 ZP08 - Kinästhetik

---

7 ZP15 - Stomamanagement

*Externe Fachkraft*

---

8 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

---

9 ZP02 - Bobath

---

## B-[2] Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend (FALSCH ZUORDNUNG!)
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin/Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	U. Hammad-Greiff
Telefon	04152 171 100
Fax	04152 171 421
E-Mail	ulrike.hammad-greiff@joga.johanniter.de
Strasse	Johannes-Ritter-Str.
Hausnummer	100
PLZ	21502
Ort	Geesthacht
URL	<a href="https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/stationaere-leistungen/medizinische-leistungen/">https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/johanniter-klinik-fuer-geriatrie-geesthacht/stationaere-leistungen/medizinische-leistungen/</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------

## B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### # Medizinische Leistungsangebote

1	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
5	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
6	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
8	VI39 - Physikalische Therapie
9	VI40 - Schmerztherapie
10	VI44 - Geriatrische Tagesklinik
11	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
13	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
14	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
16	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
17	VN23 - Schmerztherapie
18	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
19	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
20	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
21	VR04 - Duplexsonographie

## B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	146

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1891
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	119



## B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	<b>Stationär</b>	1

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	<b>Stationär</b>	1

### B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#### # Facharztbezeichnungen

1	AQ23 - Innere Medizin
---	-----------------------

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#### # Zusatz-Weiterbildung

1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
3	ZF27 - Naturheilverfahren

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt	1,6	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	<b>Stationär</b>	1,6

## C Qualitätssicherung

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

### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

#### DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	137
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	137

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

#### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

##### Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis	Referenzbereich	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	Vergleich vorheriges Berichtsjahr
52009	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)	0	<= 2,68 (95. Perzentil)	R10	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis	Referenzbereich	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	Vergleich vorheriges Berichtsjahr
52010	<p>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) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)</p>	0	Sentinel Event	R10	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis	Referenzbereich	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	Vergleich vorheriges Berichtsjahr
2005	<p>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</p>		>= 95,00 %	U61	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis	Referenzbereich	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	Vergleich vorheriges Berichtsjahr
2009	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt		>= 90,00 %	N01	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2013	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen		>= 90,00 %	R10	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2028	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist		>= 95,00 %	N01	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50778	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	4,41	<= 1,91 (95. Perzentil)	U61	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Kennzahl-ID	Beschreibung	Ergebnis	Referenzbereich	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	Vergleich vorheriges Berichtsjahr
50722	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen		>= 95,00 %	U61	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

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

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatric - HHG - Tagschicht	100 %
2	Geriatric - HHG - Nachtschicht	100 %

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatric - HHG - Tagschicht	94,25 %
2	Geriatric - HHG - Nachtschicht	95,62 %

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

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

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

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.

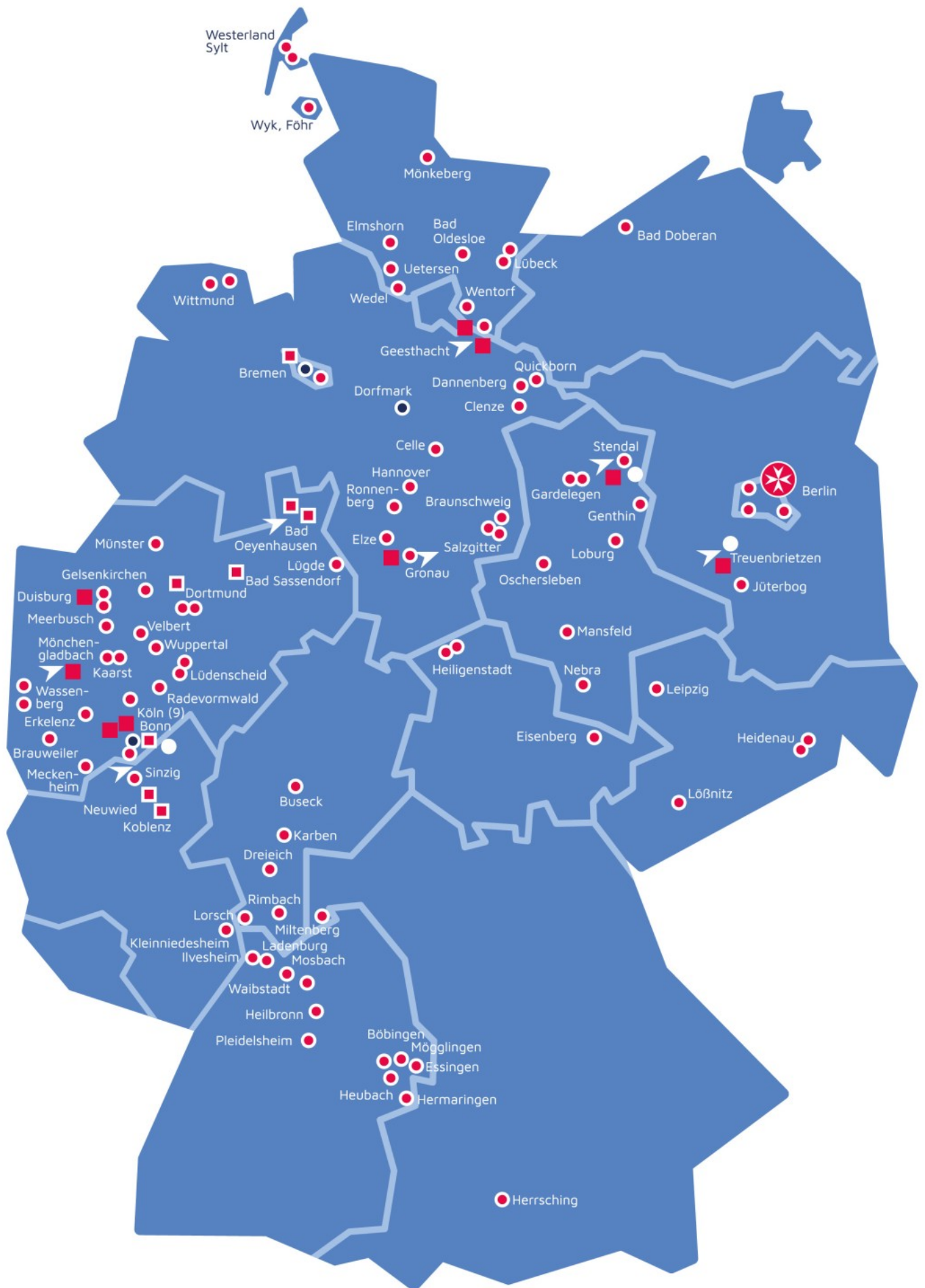
### Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

---




Antwort




Nein

---




 Sitz der Johanniter GmbH  
 Johanniter Seniorenhäuser GmbH  
 Johanniter Competence Center GmbH  
 Johanniter Service Gesellschaft mbH  
 CEBONA GmbH

 Krankenhäuser  
 Fach- und Rehabilitationskliniken  
 Medizinische Versorgungszentren

 Seniorenhäuser  
 Hospize  
 Pflegeschulen

Stand: 31.12.2020