

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

**B) 1. Allgemeine Informationen zum Standort**

1.1 Name des Krankenhauses

Bezeichnung des Standortes

Ort

1.2 Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V (9-stellig)

1.3 Institutionskennzeichen (9-stellig)

*Hinweis: Die Angabe dient der Gegenüberstellung mit älteren Daten.*

1.4 Standortnummer (2-stellig)

*Hinweis: Die Angabe dient der Gegenüberstellung mit älteren Daten.*

1.5 Versorgungsstufe:

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen****B) 2. Sachstand**

2.1 Welche Ursachen für die Nichterfüllung der Personalanforderungen wurden identifiziert?

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Ursachen an (Mehrfachantwort möglich):

- A) Erhöhtes Patientenaufkommen, patientenbezogen (z.B. bei erhöhtem Pflegebedarf, Mehrlingsgeburten, ungeplanten Aufnahmen)
- B) Erhöhtes Patientenaufkommen, strukturell (z.B. bei erhöhter Zuverlegung, fehlenden Verlegungsmöglichkeiten)
- C) Akuter Personalausfall (z.B. krankheitsbedingt, Aussprache eines Beschäftigungsverbotes aufgrund einer Schwangerschaft)
- D) Nicht-akuter Personalausfall (z.B. Urlaub, Schwangerschaft, Fachweiterbildung)
- E) Arbeitsmarktsituation / offene Planstellen
- F) Unzureichendes Personalmanagementkonzept
- G) Sonstige Gründe:

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

- 2.2 Bitte geben Sie für jedes volle Kalenderjahr den prozentualen Anteil der Schichten mit erfülltem Pflegeschlüssel an allen Schichten mit Kindern < 1500 g Geburtsgewicht an.

*Hinweis: Falls für ein Kalenderjahr nur unvollständige Daten vorliegen, lassen Sie das jeweilige Feld leer.*

01.01. - 31.12.2017:     ,  %

01.01. - 31.12.2018:     ,  %

01.01. - 31.12.2019:     ,  %

01.01. - 31.12.2020:     ,  %

01.01. - 31.12.2021:     ,  %

01.01. - 31.12.2022:     ,  %

01.01. - 31.12.2023:     ,  %

- 2.3 Für Standorte mit Perinatalzentrum Level 1: Bitte geben Sie hier die Anzahl der Behandlungsfälle von Früh- und Neugeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1250 g im vergangenen Kalenderjahr in diesem Standort mit Perinatalzentrum an (siehe Mm-R, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>):

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

2.4 Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide explanations or additional information related to the location of service provision.

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

**B) 3. Zielvereinbarung**

3.1 Wurde eine Zielvereinbarung zwischen dem Standort mit Perinatalzentrum und dem zuständigen Lenkungsgruppe getroffen?

ja

nein

*Hinweis: Die Frage bezieht sich nicht nur auf das vergangene Kalenderjahr.*

*Wenn „Ja“, dann weiter mit B) 3.1.2 bis B) 3.1.5 ; Wenn „Nein“, dann weiter mit B) 3.1.1*

3.1.1 Wenn nein: Bitte begründen Sie, warum keine Zielvereinbarung zustande kam:

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

3.1.2 Wenn ja: An welchem Datum wurde die Zielvereinbarung getroffen?

*Hinweis: Falls mehrere Zielvereinbarungen bzw. Ergänzungsvereinbarungen getroffen wurden, bitte die drei aktuellsten Daten angeben.*

□□□.□□□.□□□□□□

□□□.□□□.□□□□□□

□□□.□□□.□□□□□□

3.1.3 Welche Frist zur Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurde in der Zielvereinbarung festgelegt, d.h. bis wann läuft die Zielvereinbarung?

Bitte geben Sie das vereinbarte Datum an.

*Hinweis: Falls mehrmals eine Frist festgelegt wurde, bitte die drei aktuellsten Daten angeben.*

□□□.□□□.□□□□□□

□□□.□□□.□□□□□□

□□□.□□□.□□□□□□

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

3.1.4 Welche Maßnahmen im Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurden in der Zielvereinbarung festgelegt?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Maßnahmen an (Mehrfachantwort möglich):

A) Entwicklung / Optimierung des Personalmanagementkonzepts

Bitte machen Sie genauere Angaben:  A1) Erweiterung der Ausbildungskapazitäten des Pflegepersonals

A2) Erweiterung der Fachweiterbildungskapazitäten des Pflegepersonals

A3) Überprüfung von Dienstplanmodellen

A4) Besetzung/ Berechnung von Planstellen

A5) Intensivierung der Personalgewinnung

B) Räumliche Umstrukturierung

C) Verbesserung der Dokumentationsqualität bzgl. der QFR-RL

D) Sonstige Maßnahmen:

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

## 3.1.5 Stand der Zielerreichung:

Hat der Standort mit Perinatalzentrum alle Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL innerhalb der vereinbarten Frist erfüllt?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus:

- Ja, alle Anforderungen
- Nein, es wurden nicht alle Anforderungen erfüllt
- Frist ist noch nicht abgelaufen

3.1.5.1 Wenn „nein“ oder „Frist ist noch nicht abgelaufen“: Wird er die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 der Anlage 2 der QFR-RL voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2023 erfüllen?  ja  nein

Für den Berichtstermin Frühjahr 2024 bitte an dieser Stelle angeben:

Hat der Standort mit Perinatalzentrum alle Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL bis zum 31. Dezember 2023 erfüllt?  ja  nein

3.1.5.2 Wenn „nein“: Bitte geben Sie die Gründe an, weshalb der Standort mit Perinatalzentrum die Anforderungen bis zum 31. Dezember 2023 voraussichtlich nicht erfüllen wird (bzw. zum Berichtstermin 2024 nicht erfüllt hat).

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.



**Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen**

3.2. Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for providing explanations or clarifications related to the location of service provision.

max. Anzahl Zeichen: 3.000

\*Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.