



SRH Tagesklinik Eisenberg

Strukturierter Qualitätsbericht 2022

nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	3
	Einleitung	4
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	8
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	10
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2	Pflegepersonal	10
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	10
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1	Qualitätsmanagement	11
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	12
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	18
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	20
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	20
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	21
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der	21

	Regelungen zu den Notfallstrukturen)	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	23
B-[1]	Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)	23
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	23
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	24
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	25
B-[1].11	Personelle Ausstattung	25
C	Qualitätssicherung	28
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	28
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	28
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	28
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	28
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	29
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	29
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	37

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

leidenschaftlich arbeiten 11.000 Mitarbeitende in unseren gemeinnützigen zehn Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und unseren ca. 180 Praxen mit rund 5.000 Betten an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt für das Wohlergehen und die Gesundheit von ca. 1,2 Millionen Patient:innen.

Dabei stehen Qualität und Patientensicherheit stets im Mittelpunkt unseres Handelns und somit die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse. Diese richten wir fundiert und durchdacht am Bedarf unserer Patient:innen aus.

Mit unserem ganzheitlichen Qualitäts- und klinischen Risikomanagementsystem setzen wir Maßstäbe und stellen die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Patient:innen in den Mittelpunkt. Ein wesentlicher Baustein davon sind unsere konzernübergreifenden Richtlinien, die klare verbindliche Standards setzen und einheitliche Handlungsmuster für unsere 16 Standorte schaffen.

Es sind nicht nur Qualitäts- und Patientensicherheitsthemen zentral vorgegeben, sondern eine Reihe von Messinstrumenten, wie Kennzahlen und Patientenbefragungen zur Bewertung der vorhandenen Qualität aller unserer Standorte.

Die Zertifizierung unserer Zentren sowie die regelmäßige Überprüfung durch neutrale Stellen sind für uns nicht nur Verpflichtung, sondern auch Bestätigung unseres Einsatzes um höchste Qualität und Sicherheit. Die Ergebnisse unserer Analysen und Maßnahmen fließen nicht nur in unsere strategischen Entscheidungen ein, sondern auch in die kontinuierliche Verbesserung unserer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

In Ergänzung dazu führen wir in Hochrisikobereichen unserer Akutkliniken Sicherheitsaudits durch. Somit entdecken wir Verbesserungspotenziale frühzeitig und können durch konsequente Umsetzung der Empfehlungen messbar und stetig unseren Sicherheitsindex erhöhen. Diese Audits sind integraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems, das darauf abzielt, die Sicherheit für Patient:innen und Mitarbeitende kontinuierlich zu optimieren. Die Erkenntnisse aus den Sicherheitsaudits werden in den Prozess der Zertifizierung und regelmäßigen Überprüfung integriert, um ein umfassendes Bild unserer Leistungsfähigkeit und Sicherheitsstandards zu gewährleisten.

Unser Engagement bei IQM sowie unser Einsatz für Standards und Transparenz in der medizinischen Qualität bekräftigen unseren Anspruch, die Qualität im Gesundheitswesen zu fördern und zu verbessern. Durch die Digitalisierung und Aufbau ein zentrales Wissensmanagements stellen wir sicher, dass unsere Mitarbeitenden stets Zugang zu relevanten Informationen haben und unsere Prozesse kontinuierlich optimiert werden.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Überblick über unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hochwertigen Patientenversorgung unserer SRH Gesundheit überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit 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 Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Cindy Ziegenberg
Telefon	0365 828 8105
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Cindy.ziegenberg@srh.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. MBA Uwe Leder
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	uwe.leder@srh.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tagesklinik/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	SRH Psychiatrische Tagesklinik Eisenberg
PLZ	07607
Ort	Eisenberg
Straße	Carl-von-Ossietsky-Straße
Hausnummer	32
IK-Nummer	261600543
Standort-Nummer	773691000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	036691
Telefon	247970
E-Mail	tagesklinik.eisenberg@srh.de
Krankenhaus-URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tagesklinik/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. MBA Uwe Leder
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	uwe.leder@srh.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. MBA Reiner Oberbeck
Telefon	0365 828 3601
Fax	0365 828 3602

E-Mail	reiner.oberbeck@srh.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Dipl. Pflegewirtin (FH) Karen Reichl
Telefon	0365 828 8190
Fax	0365 828 8195
E-Mail	karen.reichl@srh.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	SRH Gesundheit GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
3	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
4	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
5	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung <i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
6	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
7	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
8	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
9	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe</i>
10	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
11	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
12	MP63 - Sozialdienst

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Leitende Ärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Katharina Anger
Telefon	0365 828 4545
Fax	0365 828 4546
E-Mail	mzeb.wkg@srh.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift <i>z.B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>
2	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
4	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
5	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
8	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
9	BF25 - Dolmetscherdienst <i>z.B. Türkisch</i>
10	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>z.B. Russisch, Englisch</i>
11	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
12	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-9 Anzahl der Betten

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

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	86
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				1,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,74	Stationär	0
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				0,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	Stationär	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				39
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,95	Stationär	0

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

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				2,16
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,16	Stationär	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				0,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,44	Stationär	0

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Cindy Ziegenberg
Telefon	0365 828 8105
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Cindy.ziegenberg@srh.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	Die Weiterentwicklung des QM ist ein Themenschwerpunkt in Beratungen der Betriebsleitung. Das Gremium setzt sich aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung und QMB zusammen. Themenbezogen wird die Fachexpertise weiterer Verantwortlicher gehört und in die Entscheidung einbezogen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

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 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Die Steuerungsgruppe Risikomanagement setzt sich aus QMB/Verantwortlicher RM, 2 OÄ aus Risikobereichen, Leiter Apotheke, 1 VPDL, MA Verwaltung, Hygienefachkraft, MA Projektmanagement IT Klinisches Arbeitsplatzsystem und 1 Vertreter des Betriebsrates zusammen.
--	---

Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
------------------------------	---------------

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzert allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzert allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	RM05: Schmerzmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
6	RM06: Sturzprophylaxe <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
9	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
12	RM18: Entlassungsmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Kein eigenes Personal am Standort der Psychiatrischen Tagesklinik.
Hygienekommission und Begehungen sind durch das Personal des SRH Wald Klinikum Gera gewährleistet.

Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

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

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor am Standort SRH Wald-Klinikum Gera
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reiner Oberbeck

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	Kein Einsatz von ZVK
---------	----------------------

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	Keine Durchführung von Operationen
---------	------------------------------------

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 Wundauflage	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 AllgemEinstationen erhoben	Ja
--	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf AllgemEinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen AllgemEinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	25
---	----

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Keine Intensivstation vorhanden
---	---------------------------------

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	Frequenz: quartalsweise
	<i>Eine regelmäßige Auswertung des Desinfektionsmittelverbrauches in bereichsbezogener Darstellung durchgeführter Händedesinfektionen wird quartalsweise öffentlich kommuniziert.</i>

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.	Nein
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.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SRH Wald Klinikum Gera Standortübergreifend
Titel, Vorname, Name	Kerstin Gaese
Telefon	0365 828 1758
Fax	0365 828 8702
E-Mail	kerstin.gaese@srh.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher Psychiatrie
Titel, Vorname, Name	Peter Kassler
Telefon	0365 828 4601
E-Mail	patientenfuersprecher.psychiatrie@srh.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	Chefapothekerin Standortübergreifend SRH Wald Klinikum Gera
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Manuela Pertsch
Telefon	0365 828 6400
Fax	0365 828 6414
E-Mail	Manuela.pertsch@srh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	5
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	9
Erläuterungen	Standortübergreifend SRH Wald Klinikum Gera

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	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu 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-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
---	----

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

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?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet
Erläuterungen	Am Standort der Psychiatrischen Tagesklinik - keine Notfallversorgung.

Stufen der Notfallversorgung

- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.
---------	---

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 Fachabteilungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)



PD Dr. med. Silke Wetzel

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachabteilungsärztin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Silke Wetzel
Telefon	036691 247970
Fax	036691 247979
E-Mail	tagesklinik.eisenberg@srh.de
Strasse	Carl-von-Ossietsky-Straße
Hausnummer	32

PLZ	07607
Ort	Eisenberg
URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tage-sklinik/

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	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
2	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	86

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2029
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	198
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	175
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	14
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	12

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	6

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

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

#	Ambulanz	Leistung
1	AM02	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	AM02	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	AM02	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
4	AM02	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
5	AM02	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
6	AM02	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	AM02	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
8	AM02	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
9	AM02	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	AM02	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		1,74	Fälle je VK/Person 0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,74	Stationär 0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			

Gesamt		0,74	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	Stationär	0

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				39
---	--	--	--	----

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

Gesamt		3,95	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,95	Stationär	0

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

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		2,16	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,16	Stationär	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

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

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,44	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,44	Stationär	0

C Qualitätssicherung

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

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet und nicht standortbezogen.

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

#	DMP
1	Brustkrebs
2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
3	Diabetes mellitus Typ 1
4	Diabetes mellitus Typ 2
5	Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine 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 %.

Eingereichte Daten je Quartal und Einrichtungstyp

Quartal	Meldung zur Vollständigkeit	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q1	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden

Quartal	Meldung zur Vollständigkeit	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q2	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Q3	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Q4	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht nicht	nein	nein
Q2	besteht nicht	nein	nein
Q3	besteht nicht	nein	nein
Q4	besteht nicht	nein	nein

Stationsdaten

Stationsdaten in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	SPTE_G	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q2	SPTE_G	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q3	SPTE_G	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q4	SPTE_G	0	25	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen

Behandlungsumfang

Behandlungsumfang in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q1	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	A4 = Allgemeine Psychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q1	A5 = Allgemeine Psychiatrie - Psychotherapie	0
Q1	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	848
Q1	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q1	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q1	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q1	G4 = Gerontopsychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q1	G5 = Gerontopsychiatrie - Psychotherapie	0
Q1	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q1	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q1	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q1	S4 = Abhängigkeitskranke - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q1	S5 = Abhängigkeitskranke - Psychotherapie	0
Q1	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0
Q2	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q2	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q2	A4 = Allgemeine Psychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q2	A5 = Allgemeine Psychiatrie - Psychotherapie	0
Q2	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	859
Q2	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q2	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q2	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q2	G4 = Gerontopsychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q2	G5 = Gerontopsychiatrie - Psychotherapie	0
Q2	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q2	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q2	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q2	S4 = Abhängigkeitskranke - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q2	S5 = Abhängigkeitskranke - Psychotherapie	0
Q2	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0
Q3	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q3	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q3	A4 = Allgemeine Psychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q3	A5 = Allgemeine Psychiatrie - Psychotherapie	0
Q3	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	837
Q3	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q3	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q3	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q3	G4 = Gerontopsychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q3	G5 = Gerontopsychiatrie - Psychotherapie	0
Q3	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q3	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q3	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q3	S4 = Abhängigkeitskranke - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q3	S5 = Abhängigkeitskranke - Psychotherapie	0
Q3	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0
Q4	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q4	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q4	A4 = Allgemeine Psychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q4	A5 = Allgemeine Psychiatrie - Psychotherapie	0
Q4	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	802
Q4	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q4	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q4	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q4	G4 = Gerontopsychiatrie - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q4	G5 = Gerontopsychiatrie - Psychotherapie	0
Q4	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q4	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q4	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q4	S4 = Abhängigkeitskranke - Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0
Q4	S5 = Abhängigkeitskranke - Psychotherapie	0
Q4	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene

Quartal	Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad	
	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Q1	ja / 128,77 %	
Q2	ja / 122,68 %	
Q3	nein / 108,16 %	
Q4	nein / 102,93 %	

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen

Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	281	ja	290	96,92 %
Q1	Pflegefachpersonen	845	ja	837	100,99 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	811	ja	272	298,32 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	430	ja	448	95,99 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	107	ja	43	249,87 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	178	ja	170	104,41 %
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	288	ja	293	98,4 %
Q2	Pflegefachpersonen	858	ja	846	101,37 %
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	745	ja	275	271,03 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	407	ja	452	90,02 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	79	ja	44	180,65 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	177	ja	172	102,62 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	96	nein	286	33,5 %
Q3	Pflegefachpersonen	733	nein	826	88,68 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	866	ja	269	322,06 %
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	249	nein	442	56,28 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	93	ja	43	215,85 %
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	164	ja	168	97,5 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	270	ja	274	98,48 %
Q4	Pflegefachpersonen	782	ja	792	98,77 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	495	ja	257	192,41 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	265	nein	423	62,71 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	44	ja	41	106,71 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	150	ja	161	92,86 %

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3
Q1	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein
Q4	nein	nein	nein

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
---------	------

