



SRH Tagesklinik Eisenberg

Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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	8
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2	Pflegepersonal	10
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	10
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1	Qualitätsmanagement	11
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	11
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 Regelungen zu den Notfallstrukturen)	21

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-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	28
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	29
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)	30
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	36

Vorwort

Sehr geehrte Leser:innen,

in unseren gemeinnützigen zehn Akutkliniken, sechs Rehabilitationskliniken und mehreren medizinischen Versorgungszentren an den Standorten in Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen-Anhalt versorgen wir jährlich rund 1,2 Millionen Patient:innen. Mit etwa 11.000 Mitarbeitenden und 5.000 Betten leisten wir einen wichtigen Beitrag zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung.

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht die kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse. Unser Ziel ist es, Abläufe klar, effizient und konsequent am Bedarf unserer Patient:innen auszurichten. Dabei sind Qualität und Patientensicherheit die zentralen Leitprinzipien unseres täglichen Handelns.

Wir verfügen über ein ganzheitliches Qualitäts- und klinisches Risikomanagementsystem, das auf konzernübergreifenden Richtlinien basiert. Diese Richtlinien definieren verbindliche Standards und schaffen einheitliche Handlungsmuster für alle unsere Standorte. Neben Themen der Qualitäts- und Patientensicherheit kommen dabei einheitliche Messinstrumente wie Kennzahlen und Patientenbefragungen zum Einsatz, um die Versorgungsqualität systematisch zu bewerten.

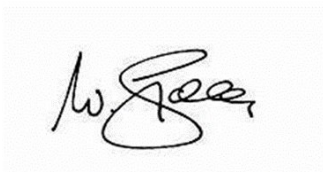
Die Zertifizierung unserer Zentren sowie die regelmäßige Überprüfung durch unabhängige Stellen verstehen wir nicht nur als Verpflichtung, sondern auch als Bestätigung unseres hohen Engagements für Qualität und Sicherheit. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen direkt in unsere strategischen Entscheidungen ein und fördern die kontinuierliche Verbesserung unserer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Ergänzend führen wir in den Hochrisikobereichen unserer Akutkliniken Sicherheitsaudits durch. Diese ermöglichen es uns, Verbesserungspotenziale frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Maßnahmen den Sicherheitsindex messbar zu steigern. Damit sind die Audits ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel, die Sicherheit von Patient:innen und Mitarbeitenden kontinuierlich zu erhöhen.

Unser Engagement in IQM sowie unser Einsatz für klare Standards und Transparenz in der medizinischen Qualität unterstreichen unseren Anspruch, die Qualität im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern und weiterzuentwickeln.

Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Einblick in unser Leistungsspektrum und unsere Behandlungsangebote geben und Sie von der hohen Qualität unserer Patientenversorgung in den SRH Kliniken überzeugen.

Ihr



Werner Stalla
Geschäftsführung
SRH Gesundheit GmbH

Einleitung

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Ulrike Laubscher
Telefon	0365 828 8101
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Ulrike.Laubscher@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/unser-e-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-Ossietzky-Straße
Hausnummer	32
IK-Nummer	261600543
Standort-Nummer	773691000
Telefon-Vorwahl	036691
Telefon	247970
E-Mail	tagesklinik.eisenberg@srh.de
Krankenhaus-URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unser-e-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
z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie
- 4 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 5 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
z. B. bei Diabetes mellitus
- 6 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 7 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 8 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
- 9 MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
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 Sanitäranlagen
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

#	Aspekte der Barrierefreiheit
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	77
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				0,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	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					1,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	1,78	Stationär	0	

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

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt					2,36
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	2,36	Stationär	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt					1,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	1,25	Stationär	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt					0,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0	
Versorgungsform	Ambulant	0,48	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 Zimmermann
Telefon	0365 828 8105
Fax	0365 828 8195
E-Mail	Cindy.ziegenberg@srh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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 QualitätsmanagementPflegekonzzept 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 QualitätsmanagementPflegekonzzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
5	RM05: Schmerzmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
6	RM06: Sturzprophylaxe <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzzept 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 QualitätsmanagementPflegekonzzept 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 QualitätsmanagementPflegekonzzept 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 QualitätsmanagementPflegekonzzept allgemeinVA Führen und Anlegen der KrankenhausdokumentationVA Pflegemaßnahmenscore Letzte Aktualisierung: 21.07.2022
12	RM18: Entlassungsmanagement <hr/> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept QualitätsmanagementPflegekonzzept 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 Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe 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 Besiedelung 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	12
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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Entsprechende Prozesse sind in Verfahrensanweisungen verschriftlicht. Bereitstellung von Kontaktdaten (z. B. von Anlaufstellen und Hilfsorganisationen, bspw. über die Kinderklinik), Informationsmaterialien und Beratung. Die Informationsgewinnung erfolgt über: die Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen, Fortbildungen und Kongressen Kooperationstreffen mit Beratungsstellen Publikationen
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 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 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

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-Ossietzky-Straße
Hausnummer	32
PLZ	07607
Ort	Eisenberg
URL	https://www.waldklinikumgera.de/fachbereiche-praxen/unsere-fachbereiche/fachabteilungen-zentren/tagesklinik/

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	77

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1573
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	188
3	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	169
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	8

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		0,74	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	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		1,78	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,78	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		2,36	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,36	Stationär	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		1,25	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,25	Stationär	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,48	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-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Nein
--	------

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

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

- ◆ Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- ◆ Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- ◆ Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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	nicht vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Q2	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Q3	vollständig	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Q4	nicht 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	15	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q2	SPTE_G	0	15	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q3	SPTE_G	0	15	E = elektive offene Station	Z = keine der obigen Konzeptstationen
Q4	SPTE_G	0	15	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
Q1	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	806
Q1	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q1	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q1	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q1	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q1	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q1	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q1	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0
Q2	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q2	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q2	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	848
Q2	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q2	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q2	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q2	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q2	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q2	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q2	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q3	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q3	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q3	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1150
Q3	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q3	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q3	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q3	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q3	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q3	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q3	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0
Q4	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	0
Q4	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q4	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1127
Q4	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	0
Q4	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	0
Q4	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	0
Q4	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
Q4	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	0
Q4	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	0
Q4	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	0

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene im Tagdienst

Quartal	Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad		
	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q1	nein / 114,68 %		
Q2	nein / 120,49 %		
Q3	nein / 94,92 %		
Q4	nein / 86,98 %		

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst

Einhaltung der Mindestvorgabe in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Mindestanforderungen erfüllt	Pflegefachpersonen			
		Tatsächliche Personalausstattung (in VK)	Mindestvorgabe je Nacht (in VK)	Anzahl Nächte mit Erfüllung der Mindestvorgabe	Ist-Personalausstattung je Nacht (in VK)
Q1					
Q2					
Q3					
Q4					

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen im Tagdienst

Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	103	nein	276	37,28 %
Q1	Pflegefachpersonen	773	ja	796	97,05 %
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	686	ja	259	264,97 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	436	ja	426	102,4 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	42	ja	41	102,53 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	208	ja	162	128,21 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	239	nein	290	82,41 %
Q2	Pflegefachpersonen	851	ja	837	101,64 %
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	678	ja	272	249,37 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	460	ja	448	102,58 %
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	49	ja	43	114,42 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	205	ja	170	120,73 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	288	nein	393	73,33 %
Q3	Pflegefachpersonen	1014	nein	1135	89,32 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	689	ja	369	186,83 %
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	438	nein	607	72,2 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	35	nein	59	59,75 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	187	nein	231	81,04 %
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	234	nein	385	60,78 %
Q4	Pflegefachpersonen	864	nein	1112	77,72 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	661	ja	362	182,54 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	414	nein	595	69,59 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	36	nein	57	63,16 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	172	nein	227	75,59 %

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3	Ausnahmetatbestand 4
Q1	nein	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein	nein
Q4	nein	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
---------	------

