

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

Friedrich-Husemann-Klinik

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 22.02.2024 um 09:06 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	12
A-11.2 Pflegepersonal	12
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	15
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-12.1 Qualitätsmanagement	16
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	16
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	19
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	20
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	22
A-13 Besondere apparative Ausstattung	22
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	22
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	23
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	23
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie	24
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	24
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	24
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	25
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	27

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	27
B-[1].11 Personelle Ausstattung	28
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	28
B-11.2 Pflegepersonal	28
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	30
Teil C - Qualitätssicherung	32
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	32
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	32
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Auswertungseinheit]	35
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	42
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	42
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	42
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	42
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	42
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	42
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	42
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	43
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	48

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 Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren 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.

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Teich mit Blickrichtung Stationsgebäude Lukashauss

Einleitungstext

Die Friedrich-Husemann-Klinik ist ein gemeinnütziges Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Haus nahm 1930 als erstes und bis heute weltweit einziges psychiatrisches Fachkrankenhaus, in dem die naturwissenschaftliche Schulmedizin um anthroposophische Heilverfahren erweitert wurde, den Betrieb auf.

Am Rande des Dreisamtals, 15 Kilometer von Freiburg im Breisgau entfernt, liegt die Friedrich-Husemann-Klinik in einer landschaftlich schönen Umgebung. Unterschiedlichste Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten, exotische Bäume, vielfältige Blumen- und Pflanzenvegetation und biologisch-dynamische Landschaftspflege sind besondere Kennzeichen unseres Areals.

Die 103 Betten der Klinik sind im Landeskrankenhausplan aufgenommen und verteilen sich auf zwei Bettenhäuser mit insgesamt fünf Stationen. Eines der beiden Bettenhäuser wurde im Jahr 2020 neu eröffnet. Im Jahr 2022 wurden 960 vollstationäre Fälle aus der Region, aus ganz Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland behandelt.

Auf dem Klinikgelände besteht außerdem eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Diese behandelt insbesondere Patient*innen aus dem Hochschwarzwald. Im Jahr 2022 fanden in der PIA 2011 Patient*innenkontakte statt.

Medizinisch-Therapeutisches Konzept

Grundlage für die Behandlung ist unser medizinisch-pflegerisch-therapeutisches Konzept. Die moderne, wissenschaftlich fundierte Medizin (Gesprächs- und Psychotherapie, Psychopharmaka, Bezugspflege, Spezialtherapien und Klinische Sozialarbeit) können dabei um die Möglichkeiten der Anthroposophischen Medizin ergänzt werden. Die Anthroposophische Medizin erweitert die konventionelle Medizin vor allem dadurch, dass sie nicht nur die Krankheit im Menschen sieht, sondern den Körper, die Seele und die geistige Individualität des Menschen vielschichtig erfasst und in einen Zusammenhang setzt.

Für jede*n Patient*in wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Neben den ärztlich-therapeutischen Einzelgesprächen kommen zahlreiche Einzel- und Gruppentherapien zur Anwendung. Das sind unter anderem Malen, Plastizieren, Schnitzen, Flechten, Weben, Sprachgestaltung, Musik, Atem- und Bewegungstherapien, Sport sowie Aufmerksamkeits-, Beobachtungs- und Willensübungen. Unsere leitliniengerechte psychopharmakologische Therapie kann in Abstimmung mit dem Patient*innen durch Medikamente der Anthroposophischen Medizin (Naturheilmittel) ergänzt werden. Daneben sieht unser Therapiekonzept vor, dass die Behandlung durch Äußere Anwendungen, die der anthroposophischen Medizin zuzuordnen sind (z. B. Wickel, Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka usw.) erweitert werden kann.

Zur Behandlung gehört für uns auch die Reduzierung der passiven Ablenkung und des Konsums äußerer Reize. So wird in der Friedrich-Husemann-Klinik größtenteils bewusst auf Radio- und Fernsehgeräte verzichtet. Dadurch entsteht Raum für Begegnung und Interaktion zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden sowie Raum für mehr Kreativität.

Unsere Behandlungsschwerpunkte:

- affektive Störungen (depressive und manische Krankheitsbilder)
- schizophrene und schizoaffektive Störungen
- Angst- und Zwangsstörungen
- Anpassungs- und Belastungsstörungen
- somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen

Unsere diagnostischen Möglichkeiten:

- Somatische Diagnostik: internistische und neurologische Befunderhebung (Labor und apparative Diagnostik)
- Psychiatrische Diagnostik: psychopathologische Befunderhebung

Unsere therapeutischen Angebote:

- Gesprächs- und Psychotherapie
- Bezugspflege
- Kunst- und Werktherapien: Malen, Zeichnen, Plastizieren, Flechten, Schnitzen, Weben
- Gruppentherapien: Sprachgestaltung (Atem/Rhythmus), Musik, Sing- und Rhythmusgruppe, Bewegungs- und Sportangebote
- Arbeitstherapien (Garten, Küche, Waldarbeit/Naturschutz)
- Psychoedukative Gruppen (Depression, Angst und Psychose), Metakognitives Training bei Depression, Skills-Gruppen
- Physiotherapie: Einzel und Funktionsgymnastik in der Gruppe

- Medikation: allopathische und anthroposophische Medikamente
- Klinische Sozialarbeit
- Äußere Anwendungen: Wickel, Auflagen, Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka
- Aufmerksamkeits-, Beobachtungs- und Willensübungen
- Milieuthherapie
- Märchengruppe
- Infogruppe anthroposophische Medizin
- Gesprächsgruppe Anthroposophie
- vielfältige kulturelle Veranstaltungen und Jahresfeste
- Ernährungsberatung
- Fleischkost und vegetarische Ernährung aus überwiegend ökologischen und biologisch-dynamischen Nahrungsmitteln
- Cafeteria und Kiosk

Einweisungen/Kostenträger

Die Friedrich-Husemann-Klinik ist Plankrankenhaus gemäß § 108 SGB V. Patient*innen aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen können behandelt werden.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Marcell Burger
Position	Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon	07661 / 392 - 134
Fax	07661 / 392 - 142
E-Mail	burger@friedrich-husemann-klinik.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Julius Charlton
Position	Geschäftsführung
Telefon.	07661 / 392 - 102
Fax	07661 / 392 - 142
E-Mail	info@friedrich-husemann-klinik.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.friedrich-husemann-klinik.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Friedrich-Husemann-Klinik
Institutionskennzeichen	260830413
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771394000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Friedrich-Husemann-Weg 8 79256 Buchenbach
Postanschrift	Friedrich-Husemann-Weg 8 79256 Buchenbach
Telefon	07661 / 392 - 0
E-Mail	info@friedrich-husemann-klinik.de
Internet	https://www.friedrich-husemann-klinik.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Oliver Czech	Ärztliche Leitung	07661 / 392 - 164	07661 / 392 - 145	info@friedrich-husemann-klinik.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Linda Göttel	Pflegedienstleitung	07661 / 392 - 137	07661 / 392 - 142	goettel@friedrich-husemann-klinik.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Julius Charlton	Geschäftsführung	07661 / 392 - 102	07661 / 392 - 142	info@friedrich-husemann-klinik.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Zentrum für anthroposophische Psychiatrie e. V.
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Trainingstherapie, Entspannungsgruppe
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie, Aktivierung, Küchenarbeit, Gartentherapie, Waldarbeit
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Malen/Zeichnen, Plastizieren, Flechten/Schnitzen, Steinbearbeitung, Weben/Spinnen, Sprachgestaltung
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Einzeltherapie: Physiotherapie, Gruppentherapie: Funktionsgymnastik, Hockergymnastik
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Monatlich offene Sprechstunde der Beratungsstelle MAKs mit Beratung und Information für psychisch kranke Eltern und ihre Partner*innen zum Umgang mit ihren Kindern. Monatlich offene Sprechstunde des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDi) für Patient*innen aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Achtsamkeits-/Seelenübungen, Äußere Anwendungen (Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka, Wickel, Auflagen, Bäder u. a.)
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tag der offenen Werkstätten (1x jährlich), Vorträge zu Krankheitsbildern und deren Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der wöchentlichen Sonntagsveranstaltungen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Eine seelsorgerliche Betreuung führen die Pfarrer der verschiedenen Konfessionen durch, die bei Bedarf durch den Pflegedienst angefordert werden. Die Pfarrerin der Christengemeinschaft bietet einmal wöchentlich eine Beratung an.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Die FHK verfügt über ein breites Angebot. Informationen erhalten die Patient*innen regelmäßig auf Station und in den Sonntagsveranstaltungen.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		zuckerarme Diät bei Diabetes, milchzuckerarme Diät bei Lactoseintoleranz, glutenfreie Diät bei Zöliakie, Vollkost ohne Schweinefleisch, Apfel-Reistag einmal pro Woche
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Auf unserer Wahlleistungsstation steht allen Patient*innen Fernsehen, Rundfunk und WLAN zur Verfügung. Für Patient*innen der anderen Stationen steht im Michaelhaus WLAN zeitlich eingeschränkt zur Verfügung.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Linda Göttel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Telefon	07661 / 392 - 137
Fax	07661 / 392 - 142
E-Mail	goettel@friedrich-husemann-klinik.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	behindertengerechte Nasszellen im Michaelhaus vorhanden (klappbare Haltegriffe, Erreichen der Toilette von verschiedenen Seiten möglich)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	in Michaelhaus und Cafeteria vorhanden
BF11	Besondere personelle Unterstützung	für Patient*innen durch Pflegedienst gewährleistet
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Ein Teil der Betten ist für große Patienten verlängerbar.
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	spezielle Waagen und Blutdruckmanschetten
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Betten, Stühle und Duschstuhl sowie eine Waage für Patienten mit Adipositas permagna
BF24	Diätische Angebote	milchzuckerarme Diät bei Lactoseintoleranz, glutenfreie Diät bei Zöliakie
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Kapelle
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Parkplätze für Menschen mit Behinderungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	ebenerdiger Zugang zu beiden Bettenhäusern und direkter Zugang zu Aufzügen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke über die Durchführung von 1–2 Blöcken à 4 Wochen pro Jahr Psychiatrie für Medizinstudierende mit Abschlussprüfung und Abschlussnoten. Famulaturen sind auch für Studierende anderer Universitäten möglich.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Regelmäßig absolvieren Auszubildende oder Studierende der Ergotherapie ihre Pflichtpraktika in der FHK. Ebenso absolvieren Studierende der Kunsttherapie Praktika als Teil Ihres Studiums. Auch Auszubildende der Arbeitstherapie absolvieren ihre Praktika bei uns.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit der Pflegeschule in Filderstadt sowie der Marta-Belstler-Schule in Freiburg über den Psychatrieeinsatz von Auszubildenden zum/zur Pflegefachmann/Pflegefachfrau.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 103

A-10 Gesamtfallzahlen
Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	960
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	2011
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	15,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,77
Ambulante Versorgung	1,45
Stationäre Versorgung	14,48

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,74
Ambulante Versorgung	0,33
Stationäre Versorgung	5,79
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	33,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,01

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,60
Stationäre Versorgung	32,41

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,77
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,35

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	8,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,37
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,68

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,19
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,22

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,15
Stationäre Versorgung	3,14

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	4,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,39
Stationäre Versorgung	3,87

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	7,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,46
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,94

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,16

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	3,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	2,67

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Musiktherapeutin und Musiktherapeut (SP16)
Anzahl Vollkräfte	0,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,56
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Marcell Burger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon	07661 392 134
Fax	07661 392 142
E-Mail	burger@friedrich-husemann-klinik.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Klinikleitung und QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Marcell Burger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon	07661 392 134
Fax	07661 392 142
E-Mail	burger@friedrich-husemann-klinik.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QM-Dokumentation 2023-09-11
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Medizinisches Notfallkonzept 2022-11-04
RM06	Sturzprophylaxe	Standard Sturzprophylaxe 2020-11-11
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard Dekubitusprophylaxe 2021-11-09
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Zwangsmaßnahmen 2023-02-10

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Vorkommnis-Meldungen und Rückrufe von Medizinprodukten 2019-11-26
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Supervisionen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Prozesszuständigkeiten und -ablauf im Entlassmanagement 2022-02-14

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	regelmäßige Teilnahme der Therapeut*innen an den Schulungen zu den lebensrettenden Sofortmaßnahmen

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2023-09-08
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	umfassender Kooperationsvertrag mit dem Deutschen Beratungszentrum für Hygiene (BZH) in Freiburg über Kontrollen, Beratung und Mitarbeiterschulungen vor Ort sowie einer Hotline u. a.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	2 Oberärztinnen sind ausgebildete hygienebeauftragte Ärztinnen.

Hygienefachkräfte (HFK)	1	umfassender Kooperationsvertrag mit dem Deutschen Beratungszentrum für Hygiene (BZH) in Freiburg über Kontrollen, Beratung und Mitarbeiterschulungen vor Ort sowie einer Hotline u. a.
-------------------------	---	--

Hygienebeauftragte in der Pflege	4	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Oliver Czech
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Telefon	07661 392 164
Fax	07661 392 145
E-Mail	info@friedrich-husemann-klinik.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

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

- Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html) ja
- Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten 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
- Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja
- Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Berufsgruppenadaptiertes Angebot mehrerer Termine pro Jahr, die Teilnahme an einem der Schulungstermine ist verpflichtend.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

- Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. ja
- Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) ja
- Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden ja
- Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden ja
- Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert Nein
- Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt ja
- Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Nein

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Rückmeldungen können über ein Formular "Rückmeldungsbogen", welches vor der Entlassung ausgegeben wird, abgegeben werden. Dieses liegt außerdem auf den Stationen, an der Zentralen Auskunftstelle sowie im Wartebereich der PIA aus und kann anonym in einen Briefkasten gegenüber der Zentralen Auskunftstelle, in der PIA oder in der Cafeteria eingeworfen werden.
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	letzte Durchführung im Frühjahr/Sommer 2022
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Marcell Burger	Qualitäts- und Prozessmanagement	07661 392 134	07661 392 142	burger@friedrich-husemann-klinik.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? ja – andere Arbeitsgruppe

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr. Eva Barten
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberärztin
Telefon	07661 392 164
Fax	07661 392 145
E-Mail	info@friedrich-husemann-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Kommentar/ Erläuterung	Kooperation mit einer externen Klinikapotheke über Lieferung, Beratung und Begehungen vor Ort sowie einer Hotline.

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.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Umgang mit Medikamenten 2023-02-06	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> 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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

 Ja

Kurse in verbaler Deeskalation/ Deeskalationsmanagement für Mitarbeitende in den patientennahen Bereichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

 Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB

V

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Oliver Czech
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Telefon	07661 / 392 - 164
Fax	07661 / 392 - 145
E-Mail	info@friedrich-husemann-klinik.de
Strasse / Hausnummer	Friedrich-Husemann-Weg 8
PLZ / Ort	79256 Buchenbach
URL	https://friedrich-husemann-klinik.de/

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen getroffen
Kommentar/Erläuterung	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI28	Anthroposophische Medizin	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	

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

Vollstationäre Fallzahl	960
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33.2	502	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F32.2	163	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F20.0	52	Paranoide Schizophrenie
F31.4	36	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	22	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F25.1	19	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv
F32.1	16	Mittelgradige depressive Episode
F25.2	12	Gemischte schizoaffective Störung
F25.0	9	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch
F43.0	8	Akute Belastungsreaktion
F32.3	7	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.1	7	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F43.1	6	Posttraumatische Belastungsstörung
F22.0	5	Wahnhafte Störung
F23.1	5	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F31.6	5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
F41.1	5	Generalisierte Angststörung
F06.2	4	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung
F19.5	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F23.0	4	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F31.5	4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F41.0	4	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F60.31	4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F12.5	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F20.3	< 4	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	< 4	Postschizophrene Depression
F69	< 4	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
F01.2	< 4	Subkortikale vaskuläre Demenz
F03	< 4	Nicht näher bezeichnete Demenz
F05.1	< 4	Delir bei Demenz
F10.0	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F11.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
F20.1	< 4	Hebephrene Schizophrenie
F23.8	< 4	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F31.0	< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.7	< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert
F43.2	< 4	Anpassungsstörungen
F63.8	< 4	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F84.1	< 4	Atypischer Autismus
G31.0	< 4	Umschriebene Hirnatrophie
F05.9	< 4	Delir, nicht näher bezeichnet
F06.0	< 4	Organische Halluzinose
F10.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F13.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F14.5	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung
F19.0	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F19.1	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch
F20.5	< 4	Schizophrenes Residuum
F23.2	< 4	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F31.1	< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F40.1	< 4	Soziale Phobien
F41.2	< 4	Angst und depressive Störung, gemischt
F45.9	< 4	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F70.1	< 4	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.0	< 4	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	< 4	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
G31.82	< 4	Lewy-Körper-Krankheit

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) ◦ Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02) ◦ Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03) ◦ Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04) ◦ Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05) ◦ Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06) 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07) ◦ Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08) ◦ Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09) ◦ Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10) 	

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	15,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,77
Ambulante Versorgung	1,45
Stationäre Versorgung	14,48
Fälle je VK/Person	66,29834

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	6,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,74
Ambulante Versorgung	0,33
Stationäre Versorgung	5,79
Fälle je VK/Person	165,80310
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	33,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,60
Stationäre Versorgung	32,41
Fälle je VK/Person	29,62048

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,77
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,35
Fälle je VK/Person	711,11111

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	8,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,37
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	8,68
Fälle je VK/Person	110,59907

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	1032,25806

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	5,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,19
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,22
Fälle je VK/Person	183,90804

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,15
Stationäre Versorgung	3,14
Fälle je VK/Person	305,73248

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50
--	-------

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ06	Master	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP24	Deeskalationstraining	nach ProDeMa®
ZP25	Gerontopsychiatrie	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	4,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,39
Stationäre Versorgung	3,87
Fälle je VK/Person	248,06201

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	7,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,46
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,94
Fälle je VK/Person	120,90680

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,16
Fälle je VK/Person	827,58620

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	3,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	2,67
Fälle je VK/Person	359,55056

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation [09/4]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel [09/5]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/6]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation [10/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen [15/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Geburtshilfe [16/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung [17/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie [18/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe [DEK]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen [HCH_KC]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende [LLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar / Erläuterung
Lebertransplantation [LTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende [NLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie [PCI_LKG]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	911 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 % - 0,42 %
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Kennzahl-ID	521800
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	911 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 % - 0,42 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Kennzahl-ID	521801
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 % - 0,07 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	911 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 % - 0,42 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Kennzahl-ID	52326
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36 %
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 % - 0,37 %
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	911 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 % - 0,42 %
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	DeQS
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,18
Referenzbereich (bundesweit)	⇐2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	911 / 0 / 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 5,74
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Bundesland	Leistungsbereich	nimmt teil	Kommentar / Erläuterung
Baden-Württemberg	MRE	ja	
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	trifft nicht zu	
Baden-Württemberg	Universelles Neugeborenen-Hörscreening	trifft nicht zu	

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	10
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	7
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	7

(* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de))

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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 %.

Allgemeine Daten zum Bericht

Berichtsjahr:	2022
IK:	260830413
Standortnummer:	771394000

Quartal 1

Allgemeine Berichtsdaten

Zeitraum:	Q1
-----------	----

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung

Geschlossene Bereiche:	ja
24-Stunden-Präsenzdienste:	ja

Strukturangaben der Stationen

Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Flores	30	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Selva	27	0	D = Station mit geschützten Bereichen	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Terra	18	0	B = fakultativ geschlossene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Verde/Azur	28	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Behandlungsbereich:

Behandlungsbereich:	Behandlungsumfang:
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	6028
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	431
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	575
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	260

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad	
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:	ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:	104,16

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal-ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	3616	3876	107,2
Pflegefachpersonen	ja	16616	16656	100,24
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	839	1141	136,04
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	2059	2080	101,01
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	505	738	146,14
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	1301	1481	113,86

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1:	nein
Ausnahmetatbestand 2:	nein
Ausnahmetatbestand 3:	nein
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe	

Quartal 2

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q2

Erwachsenenpsychiatrie
Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung	
Geschlossene Bereiche:	ja
24-Stunden-Präsenzdienste:	ja

Strukturangaben der Stationen

Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Flores	30	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Selva	27	0	D = Station mit geschützten Bereichen	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Terra	18	0	B = fakultativ geschlossene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Verde/Azur	28	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Behandlungsbereich	Behandlungsumfang
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	6679
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	288
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	967
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	104

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad	
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:	nein
Umsetzungsgrad der Einrichtung:	96,25
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe	

Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal-ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	3942	4717	119,66
Pflegefachpersonen	nein	17999	16096	89,43
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	941	1097	116,55
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	2274	2292	100,8
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	556	617	111,02
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	1445	1319	91,25

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestand 1:	nein
Ausnahmetatbestand 2:	nein
Ausnahmetatbestand 3:	nein

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe
Quartal 3
Allgemeine Berichtsdaten

Zeitraum:	Q3
-----------	----

Erwachsenenpsychiatrie
Einrichtungs-Struktur
Regionale Pflichtversorgung

Geschlossene Bereiche:	ja
24-Stunden-Präsenzdienste:	ja

Strukturangaben der Stationen

Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Flores	30	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Selva	27	0	D = Station mit geschützten Bereichen	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Terra	18	0	B = fakultativ geschlossene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Verde/Azur	28	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Behandlungsbereich:

A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung

Behandlungsumfang:

5719
388
1392
133

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben
Einhaltung und Umsetzungsgrad

Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:	nein
Umsetzungsgrad der Einrichtung:	95,96

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe

Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonalausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	3732	4379	117,35
Pflegefachpersonen	nein	17805	15033	84,43

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	897	1465	163,29
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	2133	2543	119,22
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	536	643	120,01
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	1367	1336	97,76

Ausnahmetatbestände	
Ausnahmetatbestand 1:	nein
Ausnahmetatbestand 2:	nein
Ausnahmetatbestand 3:	nein
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe	

Quartal 4

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q4

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung	
Geschlossene Bereiche:	ja
24-Stunden-Präsenzdienste:	ja

Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Flores	30	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Selva	27	0	D = Station mit geschützten Bereichen	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Terra	18	0	B = fakultativ geschlossene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Verde/Azur	28	0	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Behandlungsbereich:	Behandlungsumfang:
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	5940
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	402
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1078
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	203

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad	
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:	nein
Umsetzungsgrad der Einrichtung:	95,1

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal-ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	3746	3991	106,53
Pflegefachpersonen	nein	17637	14574	82,63
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	888	2143	241,35
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	2137	2181	102,05
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	534	674	126,14
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	1362	1452	106,64
Ausnahmetatbestände				
Ausnahmetatbestand 1:	nein			
Ausnahmetatbestand 2:	nein			
Ausnahmetatbestand 3:	nein			
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

trifft nicht zu / entfällt