

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Friedrich-Husemann-Klinik

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 27.01.2020 um 08:44 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland 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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 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	13
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-12.1 Qualitätsmanagement	16
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	16
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	19
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie	21
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	22
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	23
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	24
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B-[1].11 Personelle Ausstattung	25
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	25
B-11.2 Pflegepersonal	25

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	26
Teil C - Qualitätssicherung	28
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	28
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	28
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	30
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	30
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	30
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	31
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	31
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	31

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



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 naturwissenschaftliche Medizin um Anthroposophische Heilkunst erweitert wurde, den Betrieb auf.

Am Rande des Dreisamtals, 15 Kilometer von Freiburg im Breisgau entfernt, liegt die Friedrich-Husemann-Klinik in einer landschaftlich reizvollen 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 und verteilen sich auf zwei Bettenhäuser mit insgesamt sechs Stationen. Im Jahr 2018 wurden 950 Patientinnen und Patienten aus der Region, aus ganz Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland behandelt.

Zum 1.7.2018 wurde eine Psychiatrische Institutsambulanz auf dem Klinikgelände eröffnet. Diese ist mittlerweile regional gut vernetzt und behandelt insbesondere Patienten aus dem Hochschwarzwald.

Medizinisch-Therapeutisches Konzept

Grundlage für die Behandlung ist unser medizinisch-pflegerisch-therapeutisches Konzept. Die üblichen Behandlungsformen der Psychiatrie (Gesprächs- und Psychotherapie, Psychopharmaka, Klinische Sozialarbeit) werden um die Möglichkeiten der Anthroposophischen Medizin erweitert. Die Anthroposophische Medizin unterscheidet sich von konventioneller Medizin vor allem dadurch, dass sie nicht nur die Krankheit im Menschen sieht, sondern den Menschen als Ganzes in seiner Krankheit.

Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Neben den ärztlich-therapeutischen Einzelgesprächen kommen zahlreiche Einzel- und Gruppentherapien zur Anwendung. Das sind u. a. Malen, Plastizieren, Schnitzen, Flechten, Weben, Sprachgestaltung, Musik, Atem- und Bewegungstherapien, Sport sowie Aufmerksamkeits-, Beobachtungs- und Willensübungen. Diese Therapieformen werden durch Medikamente der Anthroposophischen Medizin (Naturheilmittel) sowie durch Äußere Anwendungen (z. B. Wickel, Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka usw.) ergänzt.

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 Patienten 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
- Bezugstherapie
- Kunst- und Werktherapien: Malen, Zeichnen, Plastizieren, Schnitzen, Flechten, Weben
- Gruppentherapien: Sprachgestaltung (Atem/Rhythmus), Musik, Bewegungs- und Sportangebote, Arbeitstherapien (Garten, Küche, Waldarbeit/Naturschutz)
- Psychoedukative Gruppen
- Medikation: allopathische und anthroposophische Medikamente
- Klinische Sozialarbeit
- Äußere Anwendungen: Wickel, Auflagen, Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka
- Aufmerksamkeits-, Beobachtungs- und Willensübungen
- Physiotherapie: Einzel- und Funktionsgymnastik in der Gruppe
- Milieuthherapie
- Märchengruppe
- Arbeitsgruppe Lebensfragen (z. B. Trauergruppe u. a.)
- 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. Patienten aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen können behandelt werden.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Marcell Brunn
Position	Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon	07661 / 392 - 152
Fax	07661 / 392 - 400
E-Mail	brunn@friedrich-husemann-klinik.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Olaf Meier
Position	Geschäftsführung
Telefon.	07661 / 392 - 102
Fax	07661 / 392 - 400
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	00
Hausanschrift	Friedrich-Husemann-Weg 8 79256 Buchenbach
Postanschrift	Friedrich-Husemann-Weg 8 79256 Buchenbach
Internet	https://www.friedrich-husemann-klinik.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Regina von Maydell	Ärztliche Leitung	07661 / 392 - 164	07661 / 392 - 414	info@friedrich-husemann-klinik.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Linda Göttel	Pflegedienstleitung	07661 / 392 - 172	07661 / 392 - 400	goettel@friedrich-husemann-klinik.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Olaf Meier	Geschäftsführung	07661 / 392 - 102	07661 / 392 - 400	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-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Gartentherapie, Küchenarbeit, Waldarbeit
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugstherapie
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	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen 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.
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.)
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	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Gemeinschafts- und Speiseraum sowie Sitzecke auf den Stationen
NM02	Ein-Bett-Zimmer			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0 EUR pro Tag (max)		auf unserer Wahlleistungsstation
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	0 EUR pro Tag (max)		auf unserer Wahlleistungsstation
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0 EUR pro Tag (max)		auf unserer Wahlleistungsstation
NM18	Telefon am Bett	0 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0 EUR bei eingehenden Anrufen		auf unserer Wahlleistungsstation
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			Im Lukashaushaben alle Patienten ein Wertfach im Zimmer. Patienten mit Wahlleistung haben in ihren Zimmern in beiden Häusern einen Tresor.
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0 EUR pro Stunde (max) 1 EUR pro Tag		Für Besucher ist die Benutzung der klinikeigenen Parkplätze kostenfrei. Patienten zahlen während ihres Aufenthaltes eine Parkgebühr von 1 EUR pro Tag.
NM42	Seelsorge			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.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Die FHK verfügt über ein breites Angebot. Informationen erhalten die Patienten regelmäßig auf Station und in den Sonntagsveranstaltungen.
NM65	Hotelleistungen			auf unserer Wahlleistungsstation
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Fleischkost (aus religiösen Gründen auch ohne Schweinefleisch möglich) und vegetarische Kost aus überwiegend biologischen bzw. biologisch-dynamischen Lebensmitteln. Alle Speiseangebote werden in der klinikeigenen, biozertifizierten Küche täglich frisch hergestellt.		
NM67	Andachtsraum			klinikeigene Kapelle

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche befinden sich im Lukashauss.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Ein Teil der Betten ist für große Patienten verlängerbar.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF24	Diätetische Angebote	zuckerarme Diät bei Diabetes, milchzuckerarme Diät bei Lactoseintoleranz, glutenfreie Diät bei Zöliakie, Vollkost ohne Schweinefleisch, Apfel-Reistag einmal pro Woche

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
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Die FHK hat Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenpflegeschulen in Herdecke und Filderstadt über den Psychatrieeinsatz von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Auch Auszubildende der Altenpflege bzw. Heilerziehungspflege können ihren Psychatrieeinsatz in der FHK absolvieren.
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	Regelmäßig absolvieren Auszubildende oder Studierende der Ergotherapie ihre Pflichtpraktika in der FHK. Ebenso absolvieren Studierende der Kunsttherapie Praktika als Teil Ihres Studiums.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 103

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	950
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	16,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,76
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	15,25

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	5,94
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)	40,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	40,07

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,73
Ambulante Versorgung	0,81
Stationäre Versorgung	39,99

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,6

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,8

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,3

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,47

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	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,52

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	8,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,23

Physiotherapeuten

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)
Anzahl Vollkräfte	7,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,73
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)
Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
Anzahl Vollkräfte	1,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,16
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,52
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
Anzahl Vollkräfte	1,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,08
Stationäre Versorgung	1,57
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Marcell Brunn
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon	07661 392 152
Fax	07661 392 400
E-Mail	brunn@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

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

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 2019-10-22
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Medizinisches Notfallkonzept 2017-07-04
RM06	Sturzprophylaxe	Standard Sturzprophylaxe 2017-07-11
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Zwangsmaßnahmen 2019-07-18
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? 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	Alle Stationen wurden zur Sicherstellung der Kommunikation mit einem Notfallhandy ausgestattet.

Einrichtunginterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtung internes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2018-09-14
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
IF03	Schulungen der 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, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	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	2	
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Regina von Maydell
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Telefon	07661 392 164
Fax	07661 392 414

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern? Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? nein

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? 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? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage nein

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion nein

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Nein

Ist eine Intensivstation vorhanden? Nein

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen 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 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

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 Patienten und Patientinnen? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		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.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Rückmeldungen können über ein Formular "Rückmeldungsbogen", welches vor der Entlassung ausgegeben wird und außerdem auf den Stationen sowie an der Zentralen Auskunftstelle ausliegt, anonym in einen Briefkasten neben der Zentralen Auskunftstelle oder in der Cafeteria eingeworfen werden.
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ letzte Durchführung im Frühjahr/Sommer 2019
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<ul style="list-style-type: none"> ◦ letzte Durchführung im Herbst 2016

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Marcell Brunn	Qualitäts- und Prozessmanagement	07661 392 152	07661 392 400	brunn@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 ja – andere Arbeitsgruppe
 zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig
 zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
 austauscht?

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit
 Arzneimitteltherapiesicherheit

Name	Dr. Elisabeth Kaufmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberärztin
Telefon	07661 392 164
Fax	07661 392 414
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.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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. Regina von Maydell
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Telefon	07661 / 392 - 164
Fax	07661 / 392 - 414
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 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 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarung getroffen
Kommentar/Erläuterung	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI26	Naturheilkunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
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	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	950
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33.2	314	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.1	137	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F32.1	103	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	100	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F20.0	67	Paranoide Schizophrenie
F33.3	40	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F31.4	28	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F25.1	27	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	14	Gemischte schizoaffective Störung
F31.6	13	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
F32.3	11	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	7	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F41.1	7	Generalisierte Angststörung
F31.5	6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F43.1	6	Posttraumatische Belastungsstörung
F23.0	5	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F41.0	5	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F22.0	4	Wahnhafte Störung
F23.1	4	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F25.0	4	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch
F31.1	4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.8	4	Sonstige bipolare affektive Störungen

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F03	\< 4	Nicht näher bezeichnete Demenz
F12.5	\< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F19.5	\< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F20.1	\< 4	Hebephrene Schizophrenie
F25.9	\< 4	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F60.31	\< 4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F06.2	\< 4	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung
F32.9	\< 4	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F43.2	\< 4	Anpassungsstörungen
F06.3	\< 4	Organische affektive Störungen
F20.3	\< 4	Undifferenzierte Schizophrenie
F21	\< 4	Schizotype Störung
F31.0	\< 4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F40.00	\< 4	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.1	\< 4	Soziale Phobien
F41.2	\< 4	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.9	\< 4	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F42.1	\< 4	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F42.2	\< 4	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F44.5	\< 4	Dissoziative Krampfanfälle
F45.0	\< 4	Somatisierungsstörung
F45.41	\< 4	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F61	\< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F90.0	\< 4	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
G30.1	\< 4	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)	

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 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	16,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,76
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	15,25
Fälle je VK/Person	62,29508

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	6,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,57
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	5,94
Fälle je VK/Person	159,93265
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ21	Humangenetik	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	40,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	40,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,73
Ambulante Versorgung	0,81
Stationäre Versorgung	39,99
Fälle je VK/Person	23,75593

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,6
-------------------	-----

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,6
Fälle je VK/Person	593,75000

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,8
Fälle je VK/Person	163,79310

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,3
Fälle je VK/Person	730,76923

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	5,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,47
Fälle je VK/Person	173,67458

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	
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

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

und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,52
Fälle je VK/Person	1826,92307

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22
Fälle je VK/Person	4318,18181

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	8,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,23
Fälle je VK/Person	115,43134

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,16
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,16
Fälle je VK/Person	818,96551

Teil C - Qualitätssicherung

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

keine Angaben

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus 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	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	928 / 0 / 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 / 5,7
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4) 52010

Kennzahl-ID

Leistungsbereich

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
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)	928 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 / 0,41
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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	

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)	8
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

(*) 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)