

2024

Referenzbericht

Klinikum Darmstadt GmbH, Standort Martinspfad

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2024

Übermittelt am:	23.10.2025
Automatisch erstellt am:	23.01.2026
Layoutversion vom:	29.01.2026



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9	Anzahl der Betten	13
A-10	Gesamtfallzahlen	14
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	23
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	38
B-1	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	38
C	Qualitätssicherung	48
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	48
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	56
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	56
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	56
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	56
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	56
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	57
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	58
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	59
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	72
-	Diagnosen zu B-1.6	73
-	Prozeduren zu B-1.7	74

- **Einleitung**

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: netfutura GmbH
Produktname: promato QBM
Version: 3.0

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Meike Freudenreich
Telefon: 06151/107-5073
Fax: 06151/107-6598
E-Mail: meike.freudenreich@mail.klinikum-darmstadt.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Clemens Maurer
Telefon: 06151/107-5002
Fax: 06151/107-5009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://klinikum-darmstadt.de>
Link zu weiterführenden Informationen: <https://klinikum-darmstadt.de>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts**A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses****Krankenhaus**

Krankenhausname: Klinikum Darmstadt GmbH
Hausanschrift: Grafenstraße 9
64283 Darmstadt
Postanschrift: Grafenstraße 9
64283 Darmstadt
Institutionskennzeichen: 260610019
URL: <https://klinikum-darmstadt.de/>
Telefon: 06151/107-0
E-Mail: info@mail.klinikum-darmstadt.de

Ärztliche Leitung

Position: Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jörg Noetzel
Telefon: 06151/107-5001
Fax: 06151/107-5009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegerischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Michele Tarquinio Espadas
Telefon: 06151/107-5701
Fax: 06151/107-5449
E-Mail: pflegedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Clemens Maurer
Telefon: 06151/107-5002
Fax: 06151/107-5009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Klinikum Darmstadt GmbH, Standort Martinspfad
Hausanschrift: Martinspfad 72
64285 Darmstadt
Postanschrift: Grafenstraße 9
64283 Darmstadt
Institutionskennzeichen: 260610019
Standortnummer: 773793000
URL: <https://klinikum-darmstadt.de/>

Ärztliche Leitung

Position: Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jörg Noetzel
Telefon: 06151/107-5001
Fax: 06151/107-5009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegerischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Michele Tarquinio Espadas
Telefon: 06151/107-5701
Fax: 06151/107-5449
E-Mail: pflegedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Clemens Maurer
Telefon: 06151/107-5002
Fax: 06151/107-5009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Wissenschaftsstadt Darmstadt
Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Ja
Name Universität: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Ruprecht-Karl- Universität Heidelberg, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Hochschule für Oekonomie & Management Frankfurt am Main

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Dies erfolgt auf ärztl. Verordnung durch die Physiotherapie. Im Rahmen der Pneumonieprophylaxe informiert, schult und unterstützt die Pflege die Pat. bei Inhalationen u. der Anwendung von Atemtrainern (z.B. Triflow)
MP06	Basale Stimulation	Basale Stimulation dient der Kontaktaufnahme und Förderung von Menschen, die in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind. Frühzeitig wird durch das Angebot einer Reiz-Stimulierung der Rehabilitationsprozess eingeleitet.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Die Leistung umfasst Beratung, Klärung des Kostenträgers, Antragstellung, bei Bedarf Hilfe bei Widersprüchen, Koordinierung von Krankenhausentlassungsdatum und Aufnahmedatum in der Rehabilitationseinrichtung, sowie bei der Organisation einer Überbrückung in eine ambulante und stationäre Pflege.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Hierzu kann die Abteilung für Physikalische Therapie hinzugezogen werden. Mehrere Mitarbeitende sind für den Bereich Krankengymnastik am Gerät zertifiziert.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Betreuung aller Formen des Diabetes mellitus und aller Therapievarianten als Haupt- und /oder Nebendiagnose in der gesamten Klinikum Darmstadt GmbH, von Diätetischer Therapie bis zur Insulinpumpentherapie.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Diätberatung erfolgt durch Diätassistenten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Expertenstandard Entlassungsmanagement findet Anwendung in allen Abteilungen durch den Sozialdienst. Damit wird sichergestellt, dass Pat. u. Angehörige zielgerichtet u. strukturiert auf die Entlassung vorbereitet werden u. eine lückenlose Nachversorgung (Hilfsmittel, nachstat. Pflege) erfolgen kann.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Rahmen der Frührehabilitation in der ersten Phase der Krankenhausbehandlung.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Die Fallmanager*innen sind feste Ansprechpersonen für PatientInnen mit einem hohen pflegerischen Versorgungsbedarf, einem komplexen Behandlungsverlauf oder PatientInnen, die im Anschluss an die stationäre Behandlung weitere Versorgung benötigen, in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Es werden kreative Angebote im Rahmen einer stationären Psychosomatischen-Psychotherapeutischen Therapie in der Psychosomatik und Palliativereinheit angeboten
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Angebote im Rahmen der stationären Behandlung nach ärztl. Anordnung oder bei ärztlicher Verordnung als amb. Leistung in der Physiotherapie-Ambulanz.
MP25	Massage	Die Massage ist eine passive Maßnahme zur Verbesserung der Muskeldurchblutung, zur Lockerung und Schmerzlinderung. Sie dient ebenfalls zur Vorbereitung der aktiven Muskelarbeit.
MP27	Musiktherapie	Es werden kreative Angebote im Rahmen einer stationären Psychosomatischen-Psychotherapeutischen Therapie und in der Palliativtherapie angeboten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Angebote im Rahmen der stationären Behandlung oder bei ärztlicher Verordnung in der Physiotherapie-Ambulanz.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	In der Zentr. Ausbildungskoord. arbeiten Zentr. Praxisanleiter. Die Stat. verfügen ü. Fachkräfte mit entspr. Weiterbildung. Die Innerbetr. Fortbild. bietet jährl. Praxisanleiter-Weiterbild. an. Zudem werden Fortbildungsmaßn. für die berufspädag. Qualifizierung i. d. Akademie sowie ü. CNE angeboten.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Physiotherapie bzw. Krankengymnastik orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen der Patienten nach ärztl. Anordnung.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet eine konsiliarische Betreuung an. Tumorpatienten und deren Angehörigen steht die Psychoonkologie während der gesamten stationären und ambulanten Behandlung zur Verfügung.
MP37	Schmerztherapie/-management	Akutschmerzdienst unter Leitung der Klinik für Anästhesiologie und op. Intensivmedizin, Einsatz schmerztherap. qualifizierter Pflegefachp. Das Angebot richtet sich u.a. an Pat. mit akuten und chronischen Schmerzen (postop.) sowie an Tumorpat. Umsetzung Schmerzmanagement durch Schmerzbeauftragte.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Angebote für Pat. im Onkologischen Zentrum: Pflegesprechstunde und Konsiliardienst der onkologischen Pflegefachpersonen, Pflegesprechstunde der Breast-Care-Nurses, Onkologischer Lotsendienst.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Ärztl. Durchf. v. fiberendoskopischen Schluckunters. mit Begl. durch Logopädie. Durchf. klin. Schlucktests i.R. der Dysphagiediagnostik durch MA der Logopädie m. anschl. Empfehlung der Kostform. Angebot spez. Dysphagiekost. Spez. pfleg. Versorgung durch Einsatz von Pflegeexp. APN (z.B. bei Schlaganfall)
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Warme und kühlende Auflagen sind in der Pflege und Physikalischen Therapie etabliert. Physikalische Therapie: Wärmeanwendungen (z. B. Fango, Heißluft, heiße Rolle und Ultraschall).
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Jährlich finden Tage der offenen Tür von Kliniken und Bereichen statt, bei denen Selbsthilfegruppen einbezogen werden (z.B. Schlaganfall-Info-Bus, Tag der offenen Tür in der Onkologie).
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst der Klinikum Darmstadt GmbH richtet sich an diejenigen Patienten, die nach ihrer Entlassung auf fremde Hilfe angewiesen sein könnten. Die Mitarbeitenden organisieren hierbei alles Notwendige (ambulante und/oder stationäre Reha-Maßnahmen, Kurzzeitpflege, etc.).
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Regel. Vorträge f.d. Öffentlichkeit "Medizin Aktuell" zu versch. Themen wie operat. Möglichk. i.d. Dermatologie, Gelbsucht, Leberzirrhose, Demenz. Bei Vorträgen z. Geburt kann der Kreißsaal besichtigt werden. Beteiligung u. öffentl. Angebote i. Rahmen versch. bundesweiter Aktionstage z.B. Tag der Pflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Die Patientenbroschüre „Herzlich willkommen im Klinikum Darmstadt“ informiert alphabetisch über sämtliche Leistungsangebote. Die Broschüre ist in Papierform erhältlich und kann zusätzlich auf der Homepage online eingesehen werden.
------	---	--	--

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Die Unterbringung einer nicht-med. begründeten Begleitperson im Patientenzimmer ist nicht möglich. Die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit trifft die behandelnde ärztliche Person, diese wird von der zuständigen Krankenkasse überprüft.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Auf Wunsch der Patient*innen kann der Kontakt zur Klinikseelsorge hergestellt werden.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Im Veranstaltungskalender auf der Homepage des Klinikums informieren wir über die zahlreich angebotenen Vorträge im Klinikum z.B. Infoabend des Perinatalzentrums Südhessen.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Selbsthilfegruppen werden bei den Veranstaltungen der Klinikum Darmstadt GmbH einbezogen.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Es werden entsprechend dem Diät- und Kostformkatalog die verschiedenen Ernährungsgewohnheiten berücksichtigt.

Patientenzimmer

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Bei Abschluss des Vertrages Wahlleistung Unterkunft Zwei-Bett erhalten die Patient*innen zusätzliche Servicekomponenten, siehe Flyer Wahlleistung Unterkunft auf der Homepage. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.

Patientenzimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Sämtliche Patientenzimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Hausdame
 Titel, Vorname, Name: Marion Rodehau
 Telefon: 06151/107-5080
 Fax: 06151/107-5060
 E-Mail: Marion.Rodehau@mail.klinikum-darmstadt.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Vollständig barrierefreier Vorplatz
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Vollständig barrierefreier Zugang, sämtliche Bereiche sind barrierefrei mittels Aufzügen zu erreichen

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Eine Übersetzerliste ist vorhanden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Fremdsprachiges medizinisches bzw. pflegerisches Personal für z.B. folgende Sprachen: Englisch, Französisch, Arabisch, Italienisch, Türkisch, Kroatisch, Russisch, etc. Eine Übersetzerliste ist vorhanden.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

BF24	Diätische Angebote	Es sind 66 verschiedene Kostformen wählbar
------	--------------------	--

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	Sämtliche Sanitärbereiche haben barrierefreien Zugriff auf das Notrufsystem

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	Persönliches Aufrufen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF38	Kommunikationshilfen	Über den Pflegedienst stehen Kommunikationsmaterialien zur Verfügung.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung am F+U Bildungscampus in Darmstadt und den Ludwig Fresenius Schulen Frankfurt/Main
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung am F+U Bildungscampus in Darmstadt
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung an der Varisano Akademie in Frankfurt am Main
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung an der University of Applied Sciences und der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung an der Varisano Akademie in Frankfurt am Main
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung am BZG in Darmstadt
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung am BZG in Darmstadt
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Praktische Ausbildung am KDA, theoretische Ausbildung an der University of Applied Sciences in Frankfurt am Main

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 20

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	140
Teilstationäre Fallzahl:	206
Ambulante Fallzahl:	317
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	11,06	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,06	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,49	
Personal in der stationären Versorgung	10,57	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	4,37	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,19	
Personal in der stationären Versorgung	4,18	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

A-11.2 Pflegepersonal
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	11,87	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,87	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	11,62	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	

Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger

Anzahl (gesamt)	0,89	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,89	

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl (gesamt)	0,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,48	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Pflegefachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
Personal in der ambulanten Versorgung		
Personal in der stationären Versorgung		

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
---	---	--

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	0,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,17	

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (gesamt)	1,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,04	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	3,21	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,21	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,63	
Personal in der stationären Versorgung	2,58	

Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	1,33	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,52	
Personal in der stationären Versorgung	0,81	

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	2,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	2,13	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,62	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,62	

A-11.3.2 **Angaben zu Genesungsbegleitung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 Diätassistentin und Diätassistent		
Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	1,33	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,52	
Personal in der stationären Versorgung	0,81	

SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut		
Anzahl (gesamt)	1,74	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,52	
Personal in der stationären Versorgung	1,22	

SP17 Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,36	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,23	
Personal in der stationären Versorgung	0,13	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	1,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,04	

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	2,39	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,39	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,63	
Personal in der stationären Versorgung	1,76	

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl (gesamt)	0,62	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,62	

SP31 Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge

Anzahl (gesamt)	1,33	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,05	
Personal in der stationären Versorgung	1,28	

SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP35 Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP42 Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position:	Bereichsleitung Qualitätsmanagement/Risikomanagement, Patientensicherheitsbeauftragte
Titel, Vorname, Name:	Nicole Fritsch
Telefon:	06151/107-5092
Fax:	06151/107-6598
E-Mail:	nicole.fritsch@mail.klinikum-darmstadt.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen	Jour fixe mit Geschäftsführung
Funktionsbereiche:	
Tagungsfrequenz:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement**

Position: Bereichsleitung Qualitätsmanagement/Risikomanagement,
Patientensicherheitsbeauftragte

Titel, Vorname, Name: Nicole Fritsch

Telefon: 06151/107-5092

Fax: 06151/107-6598

E-Mail: nicole.fritsch@mail.klinikum-darmstadt.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja

Beteiligte Abteilungen
Funktionsbereiche: Austausch mit den Risikobeauftragten zur Risikoidentifikation und -bewertung, sowie
zu treffenden und umzusetzenden Maßnahmen. Freigabe erfolgt durch die
Geschäftsführung.

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagementhandbuch vom 18.04.2024
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verfahrensweisung Notfallmanagement vom 25.06.2023
RM05	Schmerzmanagement	Konzept Schmerzmanagement vom 01.10.2022
RM06	Sturzprophylaxe	Verfahrensweisung Sturzprophylaxe vom 23.10.2023
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Verfahrensweisung Dekubitusprophylaxe in der Pflege vom 18.02.2025
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Dienstanweisung Einhaltung und Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) vom 10.04.2025
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Dienstanweisung Einhaltung des MPG, der MPBetreibV und MPSV vom 13.01.2025
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Röntgenbesprechungen, Nierenbiopsiekonferenz, Perinataalkonferenz, OP-Konferenz, Gefäßkonferenz
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Verfahrensweisung Anwendung der OP-Checkliste vom 22.05.2025
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	SOP Procedere zur präoperativen Vorbereitung für die operativen Fachbereiche vom 30.09.2025
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Verfahrensweisung Anwendung der OP-Checkliste vom 22.05.2025
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	SOP Zentraler Aufwachraum vom 23.04.2024

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM18	Entlassungsmanagement	Verfahrensanweisung Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Rahmen des gesetzlichen Entlassmanagements vom 01.01.2022

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem
eingesetzt: Ja

Tagungsfrequenz: monatlich

Maßnahmen: Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensweisungen und Standards, Besprechung von Meldungen im Qualitätszirkel Notfallmedizin, Erstellung von Blogeinträgen für das interne Intranet, Überprüfung von Schlüsselkartenberechtigungen im OP-Bereich, Erstellung eines Ausfallkonzeptes für das Zentralmonitoring

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	02.10.2023
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von
einrichtungsübergreifenden
Fehlermeldesystemen: Ja

Tagungsfrequenz: monatlich

Nr.	Erläuterung
EF00	CIRSmedical
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Medizinischer Geschäftsführer
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jörg Noetzel
 Telefon: 06151/107-5001
 Fax: 06151/107-5009
 E-Mail: geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	1 Krankenhaushygieniker in Vollzeit, Leiter der Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene; Zentrale Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene für die Klinikum Darmstadt GmbH
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	1 Fach-/oder Oberarzt je Klinik, Institut und med. Bereich
Hygienefachkräfte (HFK)	5	Zentrale Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene für die Klinikum Darmstadt GmbH
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Mindestens 1 je Station oder Fachabteilung

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie	
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt nicht vor.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. 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	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	7,5
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern 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 zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	https://klinikum-darmstadt.de/qualitaet-sicherheit/hygiene/krankenhausinfektion	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Netzwerk Südhessen	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	quartalsweise	jährliche Leistungsqualifikation
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	Hygieneschulungen finden mehrmals jährlich statt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Für Lob und Beschwerden stehen Ihnen im Klinikum Darmstadt die Mitarbeiterinnen des Lob- und Beschwerdebüros zur Verfügung. Alle Beschwerden werden dort zusammengeführt, erfasst und bearbeitet.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Für das Lob- und Beschwerdebüro besteht ein schriftliches, verbindliches Konzept. Hier sind die nachfolgenden Punkte geregelt: Verantwortlichkeiten, Organisation, Prozess, Dokumentation und Controlling, Umgang mit positivem Feedback und Lob, Kommunikation intern und extern, Berichtswesen, Umsetzung, Evaluation und Kontinuierliche Verbesserung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Der Umgang mit mündlichen Beschwerden ist im Konzept des Lob- und Beschwerdebüros geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Der Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist im Konzept des Lob- und Beschwerdebüros geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Feste Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind im Konzept des Lob- und Beschwerdebüros definiert.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Es besteht die Möglichkeit Lobe und Beschwerden anonym zu melden. Die digitale Patientenbefragung kann per QR-Code, über das bettseitige Patiententerminal und über die Homepage aufgerufen werden. Ergänzend werden Feedback-Terminals an prominenten Stellen im KDA eingesetzt. Am Ende des Fragebogens folgt ein Verweis auf die Kontaktdaten des Lob- und Beschwerdebüros, um eine direkte Kontaktaufnahme zu ermöglichen.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Auf den Stationen weisen Poster auf die digitale Patientenbefragung hin. Mit dem dort aufgeführten QR-Code oder den bettseitigen Patiententerminals können alle Patientinnen und Patienten die Befragung ausfüllen. Angehörige haben zudem die Möglichkeit über die Homepage eine Rückmeldung zu geben.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Es werden regelhaft Einweiserbefragungen durch die Klinikum Darmstadt GmbH durchgeführt. Die Koordination der Einweiserbefragungen erfolgt durch das Qualitätsmanagement.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Lob- und Beschwerdebüro
 Titel, Vorname, Name: Judith Haida-Langendorf
 Telefon: 06151/107-4666
 Fax: 06151/107-4668
 E-Mail: meinemeinung@mail.klinikum-darmstadt.de

Position: Lob- und Beschwerdebüro
 Titel, Vorname, Name: Katharina Abich
 Telefon: 06151/107-4667
 Fax: 06151/107-4668
 E-Mail: meinemeinung@mail.klinikum-darmstadt.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucherinnen/lob-kritik>
 Kommentar: Für das Lob- und Beschwerdebüro sind zwei Ansprechpersonen zuständig.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecherin
 Titel, Vorname, Name: Petra Diefenbach
 Telefon: 06151/107-944642
 E-Mail: info@mail.klinikum-darmstadt.de

Position: Patientenfürsprecherin
 Titel, Vorname, Name: Vera Freund
 Telefon: 06151/107-944642
 E-Mail: info@mail.klinikum-darmstadt.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Für die Klinikum Darmstadt GmbH sind zwei Patientenfürsprecherinnen im Einsatz.

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucherinnen/lob-kritik>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: <https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucherinnen/lob-kritik>

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: <https://klinikum-darmstadt.de/qualitaet-sicherheit/qualitaetsmanagement-medizincontrolling>

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Apothekerin
Titel, Vorname, Name:	Bettina Mayer
Telefon:	06151/107-5605
Fax:	06151/107-5619
E-Mail:	bettina.mayer@mail.klinikum-darmstadt.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 9

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 10

Erläuterungen: Apotheke der Klinikum Darmstadt GmbH am Standort Grafenstraße.

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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, zum Beispiel 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, gegebenenfalls 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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.

Allgemeines

ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

ASo2 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo3 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese

Formular Arzneimittelanamnese

25.08.2022

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo5 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arztmittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)

Dienstanweisung Arzneimittel und Dienstanweisung Umgang mit Betäubungsmitteln

17.10.2022

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo8 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Eigenherstellung im Herstellungsbereich sowie Zystostatikalarbeit nach geltenden Vorschriften. Bestellungen von gebrauchsfertigen Arzneimitteln sind immer möglich.

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Die Hausliste steht in Form des e-Shops zur Verfügung Umstellungen erfolgen mittels Austauschabelle oder automatisiert im elektronischen System.

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Der Medikationsplan wird aus der elektronischen Patientenakte erstellt. Die Mitgabe von Arzneimitteln und die Ausstellung von Entlassrezepten ist in der VA Entlassmanagement geregelt.

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 unter anderem 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

Kommentar:

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA 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.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenaerztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"

Fachabteilungsschlüssel: 3100

Art: Klinik für
Psychosomatische
Medizin und
Psychotherapie

Ärztliche Leitung

Chefärztin/Chefarzt:

Position: Klinikdirektorin

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Alexandra Mihm

Telefon: 06151/107-4061

Fax: 06151/107-4063

E-Mail: alexandra.mihm@mail.klinikum-darmstadt.de

Anschrift: Martinspfad 72
64285 Darmstadt

URL: <https://klinikum-darmstadt.de/medizin-pflege/klinik-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VP00	Psychosomatische Komplexbehandlung	Somatoforme/funktionelle Störungen des Herz- und Kreislaufsystems (z.B. Herzneurose), der Atemorgane, des Darms, der Blase, Schmerzen der Muskulatur und des Skelettsystems, Erschöpfungszustände (Burn-out), vegetative Labilität, Schwindel und Schlafstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP00	Psychoneurotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen	Angsterkrankungen, Phobien, Zwangsstörungen, Depressionen, Borderline und andere Persönlichkeitsstörungen, Konversionsstörungen
	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Vor allem Diagnostik der Störung im Konsiliardienst, Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschlüsse. Behandlung nur nach Entgiftung oder wenn die Suchterkrankung nicht führend ist.
	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Differenzialdiagnostik in der Psychosomatik, im Konsiliardienst Diagnostik/ Differentialdiagnostik und Therapievorschlüsse. Keine Akutbehandlung, nur in besonderen Fällen wenn die Psychosomatische Erkrankung führend ist und ein psychotherapeutische Ansatz sinnvoll erscheint.
	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschlüsse.
	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschlüsse.
	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Gespräch vor der Aufnahme zur ersten diagnostischen Einschätzung, Besprechung der psychosomatischen Therapieoptionen, tiefgehende Exploration psychischer und somatischer Beschwerden, biographische Anamnese, ausstehende organische Untersuchungen zur Komplettierung der somatischen Diagnostik

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Differentialdiagnose, Aufnahme und Behandlung nur von Erwachsenen im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	Differentialdiagnose, Aufnahme und Behandlung nur von Erwachsenen im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge ggf. Hinzuziehung eines spezifischen Konsiliarius
	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Aufnahme und Behandlung primär nur von Erwachsenen im Konsiliardienst ggf. Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge ggf. Hinzuziehung eines spezifischen Konsiliarius
	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Differentialdiagnose im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge
	Psychosomatische Komplexbehandlung	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung
	Psychoonkologie	Konsiliar- und Liaisondienst

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 140

Teilstationäre Fallzahl: 206

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vorgespräch	
Ambulanzart:	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V(AM11)
Kommentar:	Aufnahmegespräch zur diagn. Einschätzung, Bespre. psychosomat. Therapieoptionen, tiefgehende Exploration psych. + somat. Beschwerden, biograph. Anamnese, weitere organ. Untersuchungen zur Komplettierung der somat. Diagnostik +Indikationsprüfung Akut/Reha/amb. Psychotherapie/amb. psychiat. Versorgung
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Multimethodale ambulante Behandlung (VP00)
Privatambulanz	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Ambulante psychotherapeutische Behandlung (VP00)
Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA)	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP_13)

Psychosomatische/ Psychoonkologische Ambulanz

Ambulanzart: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AMo6)

Kommentar:

Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V

Angeborene Leistung:	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung (LK15_10)
Angeborene Leistung:	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren (LK15_6)
Angeborene Leistung:	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren (LK15_7)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (LK33)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren (LK39)
Angeborene Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax (LK41)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung
B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	11,06	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,06	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,49	
Personal in der stationären Versorgung	10,57	

Fälle je Vollkraft	13,24503	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	4,37	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,19	
Personal in der stationären Versorgung	4,18	
Fälle je Vollkraft	33,49282	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF07	Diabetologie	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	11,87	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,87	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	11,62	
Fälle je Anzahl	12,04819	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,89	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,89	
Fälle je Anzahl	157,30337	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,48	
Fälle je Anzahl	291,66666	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	0,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,17	
Fälle je Anzahl	823,52941	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP24	Deeskalationstraining	

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	1,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,04	
Fälle je Anzahl	134,61538	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	3,21	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,21	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,63	
Personal in der stationären Versorgung	2,58	
Fälle je Anzahl	54,26356	

Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,33	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,52	
Personal in der stationären Versorgung	0,81	
Fälle je Anzahl	172,83950	

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Anzahl (gesamt)	2,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	2,13	
Fälle je Anzahl	65,72769	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,62	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,62	
Fälle je Anzahl	225,80645	

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	109		100	0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	19		100	0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	8		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	25		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	10		100	0	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	Datenschutz		Datenschutz	0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	192		100	0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	569		100	0	
Geburtshilfe (16/1)	2593		100	0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	123		100	0	
Mammachirurgie (18/1)	426		100	0	
Cholezystektomie (CHE)	217		100	0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	672		100	0	
Herzchirurgie (HCH)	Datenschutz		Datenschutz	0	
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	Datenschutz	HCH	Datenschutz	0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	187		100	0	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	164	HEP	100	0	

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	25	HEP	100	0	
Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0			0	
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	5		100	0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	5	KEP	100	0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatologie (NEO)	Datenschutz		Datenschutz	0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1120		100	0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	

I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	52009
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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. Mit Hilfe 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/aktiv/
Einheit	
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,07

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 53,95
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	≤ 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,77
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,77
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,77
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	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) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,77
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	— (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V

C-6.1 Strukturqualitätsvereinbarungen

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	7
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	2
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	1



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

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 Anhaltszahlen 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 differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]

1. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q1]

Bezeichnung der Station	Station M11/21
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	20
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	30
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q1]

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	1507

Behandlungsbereich	P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
Behandlungsumfang	2170

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q1]

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Psychosomatik) [Q1]: ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q1]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2452
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3305
Umsetzungsgrad	134,79

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2804
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3349
Umsetzungsgrad	119,44

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1221
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1355
Umsetzungsgrad	110,98

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	944
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	945
Umsetzungsgrad	100,11

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	463
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	507
Umsetzungsgrad	109,5

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	454
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	455
Umsetzungsgrad	100,22

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q1]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q1]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q1]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q1]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Psychosomatik) [Q1]:
nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]

2. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q2]

Bezeichnung der Station	Station M11/21
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	20
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	30
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q2]

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	1436

Behandlungsbereich	P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
Behandlungsumfang	2168

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q2]

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Psychosomatik) [Q2]: ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q2]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2539
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2710
Umsetzungsgrad	106,74

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2874
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3434
Umsetzungsgrad	119,49

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1265
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1647
Umsetzungsgrad	130,2

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	978
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	986
Umsetzungsgrad	100,82

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	479
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	469
Umsetzungsgrad	97,91

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	470
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	492
Umsetzungsgrad	104,68

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q2]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q2]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q2]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q2]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Psychosomatik) [Q2]:
nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]

3. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q3]

Bezeichnung der Station	Station M11/21
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	20
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	30
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q3]

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	1510

Behandlungsbereich	P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
Behandlungsumfang	2278

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q3]

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Psychosomatik) [Q3]: ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q3]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2642
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2398
Umsetzungsgrad	90,76

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2999
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2888
Umsetzungsgrad	96,3

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1316
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1201
Umsetzungsgrad	91,26

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1017
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	929
Umsetzungsgrad	91,35

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	499
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	574
Umsetzungsgrad	115,03

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	488
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	441
Umsetzungsgrad	90,37

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q3]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q3]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q3]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q3]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Psychosomatik) [Q3]:
nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]

4. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q4]

Bezeichnung der Station	Station M11/21
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	20
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	30
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q4]

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	1487

Behandlungsbereich	P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
Behandlungsumfang	2230

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q4]

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Psychosomatik) [Q4]: ja

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q4]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2618
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2357
Umsetzungsgrad	90,03

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2967
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2789
Umsetzungsgrad	94

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1304
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1174
Umsetzungsgrad	90,03

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1008
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	908
Umsetzungsgrad	90,08

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	493
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	445
Umsetzungsgrad	90,26

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	484
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	436
Umsetzungsgrad	90,08

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q4]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q4]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q4]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q4]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Psychosomatik) [Q4]:
nein

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und
Jugendpsychiatrie) [Q4]**

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F33.1	212	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	55	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F32.1	18	Mittelgradige depressive Episode
F45.0	11	Somatisierungsstörung
F43.1	9	Posttraumatische Belastungsstörung
F45.41	8	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F41.0	6	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F31.7	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert
F32.2	(Datenschutz)	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F40.01	(Datenschutz)	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	(Datenschutz)	Soziale Phobien
F40.2	(Datenschutz)	Spezifische (isolierte) Phobien
F41.1	(Datenschutz)	Generalisierte Angststörung
F45.1	(Datenschutz)	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	(Datenschutz)	Hypochondrische Störung
F45.30	(Datenschutz)	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.37	(Datenschutz)	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
F45.40	(Datenschutz)	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F50.00	(Datenschutz)	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F50.01	(Datenschutz)	Anorexia nervosa, aktiver Typ
F50.1	(Datenschutz)	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	(Datenschutz)	Bulimia nervosa

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

— (vgl. Hinweis im Vorwort)

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-401.22	2316	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-649.20	1657	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-401.23	1199	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-649.40	1156	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.12	1100	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.32	763	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-634	466	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-401.30	306	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-649.10	270	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-401.25	263	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
9-607	234	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.13	215	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.11	199	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.31	168	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.50	131	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-401.26	126	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
9-649.30	125	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.33	79	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.0	60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.14	57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.51	37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.31	24	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-649.15	19	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.16	11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.32	6	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 4 Stunden
9-984.8	5	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-649.35	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche
8-98g.10	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage
9-626	(Datenschutz)	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-641.12	(Datenschutz)	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.17	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.18	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.36	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-984.6	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.7	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch
impressum health & science communication oHG (impressum.de).