



# 2023

## Referenzbericht

Uhlenhaus Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
am DRK-Krankenhaus Grimmen

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 2023

Übermittelt am:	13.11.2024
Automatisch erstellt am:	23.01.2025
Layoutversion vom:	23.01.2025



## 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 § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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](http://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	7
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9	Anzahl der Betten	8
A-10	Gesamtfallzahlen	8
A-11	Personal des Krankenhauses	8
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung	22
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	22
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	24
B-1	Psychosomatische Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	24
C	Qualitätssicherung	29
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	29
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	30
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	31
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	31
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	31
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	31
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	33
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	34
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	43
-	Diagnosen zu B-1.6	44
-	Prozeduren zu B-1.7	45



## - **Einleitung**

### **Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes**

Hersteller: netfutura GmbH  
Produktname: promato QBM  
Version: 2.12

### **Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Position: Leiterin der Stabsstelle Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Henriette Koepke  
Telefon: 0174/9683229  
E-Mail: [qm@uhlenhaus.de](mailto:qm@uhlenhaus.de)

### **Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

Position: Prokuristin  
Titel, Vorname, Name: Dr. Susanne Lange-Kasch  
Telefon: 0174/9683229  
E-Mail: [s.lange-kasch@uhlenhaus.de](mailto:s.lange-kasch@uhlenhaus.de)

### **Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.uhlenhaus.de/>  
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname:	Uhlenhaus Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am DRK-Krankenhaus Grimmen
Hausanschrift:	Dorfstraße 39 18516 Süderholz / Ortsteil Bartmannshagen
Postanschrift:	Rotdornweg 10 18439 Stralsund
Institutionskennzeichen:	261301095
URL:	<a href="http://www.uhlenhaus.de/tagesklinik/tagesklinik-bartmannshagen/">http://www.uhlenhaus.de/tagesklinik/tagesklinik-bartmannshagen/</a>
Telefon:	03832/6464920
E-Mail:	<a href="mailto:tk.bmh@uhlenhaus.de">tk.bmh@uhlenhaus.de</a>

#### Ärztliche Leitung

Position:	Chefarzt
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Ronald Zabel
Telefon:	03831/3064576
Fax:	03831/3064579
E-Mail:	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@uhlenhaus.de">geschaeftsfuehrung@uhlenhaus.de</a>

#### Pflegedienstleitung

Position:	Pflegeleitung
Titel, Vorname, Name:	Katrin Ick
Telefon:	03831/3064511
Fax:	03831/3064519
E-Mail:	<a href="mailto:k.ick@uhlenhaus.de">k.ick@uhlenhaus.de</a>

#### Verwaltungsleitung

Position:	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name:	Irene Martens
Telefon:	03831/3064570
E-Mail:	<a href="mailto:qm@uhlenhaus.de">qm@uhlenhaus.de</a>



### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Uhlenhaus Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am DRK-Krankenhaus Grimmen  
Hausanschrift: Dorfstraße 39  
Postanschrift: 18516 Süderholz / Ortsteil Bartmannshagen  
Rotdornweg 10  
18439 Stralsund  
Institutionskennzeichen: 261301095  
Standortnummer: 773248000  
Standortnummer alt: 48  
URL: <http://www.uhlenhaus.de/tagesklinik/tagesklinik-bartmannshagen/>

### Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Torsten Stiehm  
Telefon: 038326/464910  
Fax: 038326/464919  
E-Mail: [tk.bmh@uhlenhaus.de](mailto:tk.bmh@uhlenhaus.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegeleitung  
Titel, Vorname, Name: Katrin Ick  
Telefon: 03831/3064511  
Fax: 03831/3064519  
E-Mail: [k.ick@uhlenhaus.de](mailto:k.ick@uhlenhaus.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsleitung  
Titel, Vorname, Name: Irene Martens  
Telefon: 03831/3064570  
E-Mail: [qm@uhlenhaus.de](mailto:qm@uhlenhaus.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Uhlenhaus KLINIK GmbH  
Art: privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein  
Lehrkrankenhaus: Nein



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP63	Sozialdienst	



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Pflegeleitung  
Titel, Vorname, Name: Katrin Ick  
Telefon: 03831/3064511  
E-Mail: [k.ick@uhlenhaus.de](mailto:k.ick@uhlenhaus.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
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	





## 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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## A-9 Anzahl der Betten

Betten: 10

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	72
Ambulante Fallzahl:	1949
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)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	



#### davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0	
--------	---	--

#### Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

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



## A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,25	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

## 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)	1,69	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,69	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	1,69	



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	0,88	

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

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	0,1	

### A-11.3.2      **Angaben zu Genesungsbegleitung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,88	

  

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut		
Anzahl (gesamt)	0,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,04	

  

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe		
Anzahl (gesamt)	1,69	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,69	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,69	

  

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter		
Anzahl (gesamt)	0,10	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,10	





### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja  
Tagungsfrequenz: wöchentlich  
Maßnahmen: Geschäftsführung, ärztliche und psychologische Leitung, je nach Themenschwerpunkt auch pflegerische Leitung, Verwaltung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja  
Tagungsfrequenz: wöchentlich

Nr.	Erläuterung
EFO0	Zentrale Sammlung, Dokumentation, Auswertung und Weiterleitung von Fehlern.

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
Tagungsfrequenz: monatlich

#### Vorsitzender:

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Frank Ney-Matiba  
Telefon: 03831/3064511  
E-Mail: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	0	in psychiatrischer Tagesklinik nicht vorgeschrieben
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Hygienebeauftragter Arzt
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	

### 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 Antibiotikaprofylaxe 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

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe nicht nötig ist.





### 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))	teilweise
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	teilweise
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	teilweise
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	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
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	nein
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeiter des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	nein
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	nein
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
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	



#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Es existiert ein Beschwerdemanagement nach festgelegter und dokumentierter Systematik. Beschwerden werden in den Sitzungen der Einrichtung bearbeitet. Rückmeldungen erfolgen zu Verbesserungen auf Wunsch (bei Angabe der Kontaktdaten bei Weitergabe des Anliegens) oder werden nach Absprache im Team allgemein bekanntgegeben.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Unsere Patienten und Mitarbeiter werden dazu motiviert, an einer kontinuierlichen Verbesserung des Unternehmens und der angebotenen Leistungen teilzunehmen. Standardisierte Formulare bieten die Möglichkeit, anonymisiert Vorschläge und Beschwerden einzureichen. Die Anmerkungen werden über festgelegte Bearbeitungswege gelenkt, ausgewertet und bearbeitet. Eine Rückmeldung zur Umsetzung erfolgt über Aushänge, bzw. soweit erwünscht über eine persönliche Antwort.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Rückmeldung zu Maßnahmen innerhalb von 4 Wochen
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	verbesserungen@uhlenhaus.de und über "Meinungskästen" in den Häusern
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Anonymisierte Patientenbefragung zum Ende des stationären Aufenthaltes
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	nein	

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Referentin des Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Henriette Koepke  
Telefon: 0174/9683229  
E-Mail: [verbesserungen@uhlenhaus.de](mailto:verbesserungen@uhlenhaus.de)



#### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: <https://www.uhlenhaus.de/verbesserungsvorschlaege>

#### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



## 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

Es gibt kein zentrales Gremium oder keine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde keiner konkreten Person übertragen.

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 0

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

### 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, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, 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, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller 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

##### AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

#### Allgemeines

##### AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

#### Aufnahme ins Krankenhaus

##### AS04 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

##### AS07 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

##### AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

#### 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



## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können 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?: nein

Kommentar:

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

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

#### Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographie-gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	

## 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 Psychosomatische Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Psychosomatische Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"

Fachabteilungsschlüssel: 3160  
Art: Psychosomatische  
Tagesklinik (für  
teilstationäre  
Pflegesätze)

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Torsten Stiehm  
Telefon: 03831/278786-20  
E-Mail: [qm@uhlenhaus.de](mailto:qm@uhlenhaus.de)  
Anschrift: Rotdornweg 10  
18439 Stralsund  
URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### 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
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

#### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0  
Teilstationäre Fallzahl: 72

#### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD



Keine Hauptdiagnosen erbracht

### **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

### **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Psychosomatische Institutsambulanz</b>	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	

### **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:**

<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b>		
Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	



#### davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,75	
Fälle je Vollkraft		

#### Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

#### Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)	

### B-1.11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	1,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	1,25	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	



### 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	
PQ20	Praxisanleitung	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP25	Gerontopsychiatrie	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	1,69	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,69	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	1,69	
Fälle je Anzahl		



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	0,88	
Fälle je Anzahl		

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,04	Physiotherapeut + Masseur
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Für den ambulanten Bereich ist zusätzliches Fachpersonal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	0,04	
Fälle je Anzahl		

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,10	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Für den Bereich der Institutsambulanz ist zusätzliches Personal eingestellt.
Personal in der stationären Versorgung	0,10	
Fälle je Anzahl		



## 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	von	Dokumen-tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation (09/3)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren - Revision / Systemwechsel / Explantation (09/6)	0			0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0			0	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0			0	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	9		100	9	
Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) (HCH)	0			0	
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- ta- tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (HTXM)	0			0	
Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knieschlittenprothesen (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebenspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Nierenlebenspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(PCI) (PCI_LKG)	0			0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	

## C-1.2.[-] Ergebnisse der Qualitätssicherung

– (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**

**Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**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.	2
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]	1
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 Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt 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	Psychosomatische Station
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	10
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär
Behandlungsumfang	605

**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 Ausnahmetatbestaende (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q1]**

Berufsgruppe Pso	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	344

  

Berufsgruppe Pso	Pflegfachpersonen
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	604



<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	1071
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	507
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	47
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	42

**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	Psychosomatische Station
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	10
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär
Behandlungsumfang	538

**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)

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q2]**

Berufsgruppe Pso	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	331

Berufsgruppe Pso	Pflegefachpersonen
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	557



<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	910
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	477
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	42
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	42

**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 nicht (vollständig) 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	Psychosomatische Station
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	10
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär
Behandlungsumfang	586

**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)

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q3]**

Berufsgruppe Pso	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	317

  

Berufsgruppe Pso	Pflegefachpersonen
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	396





<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	899
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	491
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	43
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	42

**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 nicht (vollständig) 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	Psychosomatische Station
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	10
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär
Behandlungsumfang	558

**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)

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q4]**

Berufsgruppe Pso	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	197

  

Berufsgruppe Pso	Pflegefachpersonen
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	320



<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	520
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	325
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	49
<b>Berufsgruppe Pso</b>	<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</b>
Tatsächliche Personalausstattung Stunden Pso	54

**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**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



## - Prozeduren zu B-1.7

### Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.31	98	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.41	74	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.40	67	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.50	37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-634	34	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-607	31	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.30	27	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.42	22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.32	21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-626	19	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.10	18	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.51	11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	9	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.11	5	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.43	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche



## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).