



MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont
- Fachkrankenhaus

Qualitätsbericht 2022

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	5
	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	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	10
A-13	Besondere apparative Ausstattung	19
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	19
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[3100]	Psychosomatik/Psychotherapie	21
B- [3100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	21
B- [3100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	21
B- [3100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	21
B- [3100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B- [3100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22

B- [3100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	22
B- [3100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	22
B- [3100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	24
B- [3100].6.2	Kompetenzdiagnosen	24
B- [3100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B- [3100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	27
B- [3100].7.2	Kompetenzprozeduren	27
B- [3100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	27
B- [3100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	27
B- [3100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	27
B- [3100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	28
B- [3100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	28
B- [3100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	28
B- [3100].11	Personelle Ausstattung	28
B- [3100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	28
B- [3100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	28
B- [3100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	29
B- [3100].11.2	Pflegepersonal	29
B- [3100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	29

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – [3100].11. Zusatzqualifikation	.....	30
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in [3100].11. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	30
C	Qualitätssicherung		32
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	32
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	32
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	32
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	32
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	32
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	33
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	33
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr		33
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	33
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	34

Vorwort

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Titel, Vorname, Name	Marisa Wastell
Telefon	05281 619 640
E-Mail	Marisa.Wastell@median-kliniken.de
Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Jürgen Breit
Telefon	05281 619 630
E-Mail	Juergen.Breit@median-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.median-kliniken.de/de/median-zentrum-fuer-verhaltensmedizin-bad-pyrmont-fachkrankenhaus/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.median-kliniken.de/de/median-zentrum-fuer-verhaltensmedizin-bad-pyrmont-fachkrankenhaus/ueber-uns/qualitaet-zertifikate/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont - Fachkrankenhaus
PLZ	31812
Ort	Bad Pyrmont
Straße	Bombergallee
Hausnummer	11
IK-Nummer	260321623
Standort-Nummer	773262000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	05281
Telefon	6190
E-Mail	Juergen.Breit@median-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://www.median-kliniken.de/de/median-zentrum-fuer-verhaltensmedizin-bad-pyrmont-fachkrankenhaus/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christine Popescu
Telefon	05281 619 625
Fax	05281 619 649
E-Mail	Christine.Popescu@median-kliniken.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Anja Begemann
Telefon	05281 619 0
Fax	05281 619 666
E-Mail	Anja.Begemann@median-kliniken.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Jürgen Breit
Telefon	05281 619 630
Fax	05281 619 666
E-Mail	Juergen.Breit@median-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	MEDIAN West GmbH Franklinstr. 28-29 10587 Berlin
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
3	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
4	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
5	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
6	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
7	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
8	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
9	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
10	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
11	MP37 - Schmerztherapie/-management
12	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
13	MP57 - Biofeedback-Therapie
14	MP63 - Sozialdienst

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>nur bei bestimmten Erkrankungen</i>
3	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
4	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>z. B. vegetarische Ernährung</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenverwaltung
Titel, Vorname, Name	Kai-Axel Müller
Telefon	05281 619 528
Fax	05281 619 666
E-Mail	Kai-Axel.Mueller@median-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
5	BF23 - Allergenarme Zimmer
6	BF24 - Diätetische Angebote

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	73
---------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	587
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				11,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,21

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				2,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				11,3
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,54

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				6,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,5

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				3,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,08

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				1,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				2,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				0,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,52

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				0,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,12

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Psychologe
Titel, Vorname, Name	Dipl. - Psych. Eberhard Okon
Telefon	05281 619 642
Fax	05281 619 666
E-Mail	Eberhard.Okon@median-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
---	----

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Ärztliche / Therapeutische Leitung, Verwaltungsleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement
---	---

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Psychologe
Titel, Vorname, Name	Dipl. - Psych. Eberhard Okon
Telefon	05281 619 642
Fax	05281 619 666
E-Mail	Eberhard.Okon@median-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Ärztliche / Therapeutische Leitung, Verwaltungsleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
4	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
5	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
6	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
7	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
	RM18: Entlassungsmanagement
8	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
9	RM03: Mitarbeiterbefragungen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Andere: Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 27.09.2022
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf
3	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Umsetzung der Vorgaben entsprechend dem Patientenrechtegesetz

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Externe Hygienefachkraft

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	0

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	True (FALSCH ZUORDNUNG!)
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	andere Frequenz

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vorsitzende
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marion Vicente
Telefon	05281 619 183
Fax	05281 619 666
E-Mail	Marion.Vicente@median-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Nein

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 3,2

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Nein

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Nein
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Nein

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Nein
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Nein

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christine Popescu
Telefon	05281 619 625
Fax	05281 619 649
E-Mail	Christine.Popescu@median-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Leonie Glahn
Telefon	0172 2495967
E-Mail	Pyrmont-Kontakt@median-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Apotheke im Facharztzentrum / Leitung Klinikversorgung
Titel, Vorname, Name	Alina Schunk e.K.
Telefon	05251 5405308
Fax	05251 5405308

E-Mail

a.schunk@faz-apotheke.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, 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 des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)
2	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Verfahrensbeschreibungen im Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 20.07.2021 Erläuterungen:

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
3	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
4	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu 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)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Sonstiges

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
 vorgesehen?

Nein

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein <i>Elektroenzephalographiegerät (EEG)</i>
2	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP</i>

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 Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[3100] Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3100 - Psychosomatik/Psychotherapie

B-[3100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christine Popescu
Telefon	05281 619 635
Fax	05281 619 649
E-Mail	Christine.Popescu@median-kliniken.de
Strasse	Bombergallee
Hausnummer	11
PLZ	31812
Ort	Bad Pyrmont
URL	https://www.median-kliniken.de/de/median-zentrum-fuer-verhaltensmedizin-bad-pyrmont-fachkrankenhaus/

B-[3100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
2	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
3	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
4	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
5	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

B-[3100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	587
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	167
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	154
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	62
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	47

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
5	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	19
6	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	18
7	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	17
8	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	13
9	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	10
10	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	10
11	F50.2	Bulimia nervosa	9
12	F43.2	Anpassungsstörungen	8
13	F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ	7
14	F40.1	Soziale Phobien	6
15	F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	5
16	F45.0	Somatisierungsstörung	5
17	F41.1	Generalisierte Angststörung	5
18	F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	< 4
19	F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem	< 4
20	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	< 4
21	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	< 4
22	F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	< 4
23	F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem	< 4
24	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	< 4
25	F20.0	Paranoide Schizophrenie	< 4
26	F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	< 4
27	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
28	F51.0	Nichtorganische Insomnie	< 4
29	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[3100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	324
2	F32	Depressive Episode	109
3	F50	Essstörungen	33
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	28
5	F40	Phobische Störungen	27
6	F42	Zwangsstörung	22
7	F45	Somatoforme Störungen	21
8	F41	Andere Angststörungen	16
9	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	< 4
10	F34	Anhaltende affektive Störungen	< 4
11	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4
12	F31	Bipolare affektive Störung	< 4
13	F20	Schizophrenie	< 4
14	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	< 4

B-[3100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	2733

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	1425
3	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	1337
4	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1198
5	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	975
6	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	705
7	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	659
8	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	613
9	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	440
10	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	295
11	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	204
12	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	179
13	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	146

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	109
15	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	96
16	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	71
17	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	64
18	9-649.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	45
19	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	43
20	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	22
21	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	21
22	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	14
23	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	9
24	9-649.15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche	7
25	9-649.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	4
26	9-649.16	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche	4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	9-649.56	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
28	9-649.57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
29	9-649.58	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
30	9-649.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4

B-[3100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	9521
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1198
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	705

B-[3100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3100].11 Personelle Ausstattung

B-[3100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	11,21	Fälle je VK/Person	52,36396
Beschäftigungsverhältnis	Mit 11,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	11,21

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	2,5	Fälle je VK/Person	234,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,5

B-[3100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

#	Facharztbezeichnungen
3	AQ49 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
4	AQ23 - Innere Medizin

B-[3100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF40 - Sozialmedizin
2	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung
3	ZF37 - Rehabilitationswesen
4	ZF39 - Schlafmedizin
5	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
6	ZF72 - Physikalische Therapie

B-[3100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	11,3	Fälle je VK/Person	51,9469
Beschäftigungsverhältnis	Mit 11,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	11,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	5,54	Fälle je VK/Person	105,95668
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,54

B-[3100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		6,5	Fälle je VK/Person	91,38462
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,5

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		3,08	Fälle je VK/Person	190,584427
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,08

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		1,19	Fälle je VK/Person	493,277283
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,19

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		2,47	Fälle je VK/Person	237,651825
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	1174
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	16
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	16
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	16

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.

- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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.