

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020**

## **Psychiatrische Tagesklinik Uelzen**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.9 am 03.11.2021 um 13:20 Uhr erstellt.

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

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

**Inhaltsverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Einleitung   | 4  |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses   | 5  |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses  | 5  |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers  | 5  |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus   | 6  |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie   | 6  |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses   | 7  |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses   | 8  |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit   | 8  |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung  | 8  |
| A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit  | 8  |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses  | 8  |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus  | 8  |
| A-10 Gesamtfallzahlen  | 8  |
| A-11 Personal des Krankenhauses  | 9  |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen   | 9  |
| A-11.2 Pflegepersonal  | 9  |
| A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik                     | 10 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung   | 11 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement   | 11 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement   | 11 |
| A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements  | 12 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement   | 14 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit  | 14 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung  | 17 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V                 | 17 |
| 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung                    | 17 |
| 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 17 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen                              | 18 |
| B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)                                  | 18 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen  | 18 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung                                | 19 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung  | 19 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD   | 19 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS  | 19 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten   | 19 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V  | 19 |

---

|   |    |
|---|----|
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft  | 19 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung   | 20 |
| B-11.1 Ärzte und Ärztinnen  | 20 |
| B-11.2 Pflegepersonal   | 20 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik                | 20 |
| Teil C - Qualitätssicherung   | 22 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V   | 22 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V                               | 22 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung   | 22 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V  | 22 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") | 22 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V                            | 22 |
| C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr  | 22 |

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. 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 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

|          |  |
|----------|--|
| Name     | Gabriele Behrens   |
| Position | Teamleitung Patientenmanagement                                    |
| Telefon  | 0581 / 3895 - 0  |
| Fax      | 0581 / 3895 - 329  |
| E-Mail   | <a href="mailto:g.behrens@pk-uelzen.de">g.behrens@pk-uelzen.de</a> |

### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

|          |  |
|----------|--|
| Name     | Gabriele Behrens   |
| Position | Teamleitung Patientenmanagement                                    |
| Telefon. | 0581 / 3895 - 0  |
| Fax      | 0581 / 3895 - 329  |
| E-Mail   | <a href="mailto:g.behrens@pk-uelzen.de">g.behrens@pk-uelzen.de</a> |

### Weiterführende Links

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| URL zur Homepage              | <a href="http://www.pk-uelzen.de/">http://www.pk-uelzen.de/</a>   |
| URL für weitere Informationen | <a href="http://www.pk-uelzen.de/">http://www.pk-uelzen.de/</a>   |
| Weitere Links                 | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="http://www.pk-uelzen.de/">http://www.pk-uelzen.de/</a> ( <a href="http://www.pk-uelzen.de/">http://www.pk-uelzen.de/</a> )</li></ul> |

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

|                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Name                    | Psychiatrische Klinik Uelzen          |
| Institutionskennzeichen | 260330281                             |
| Hausanschrift           | An den Zehn Eichen 50<br>29525 Uelzen |
| Postanschrift           | An den Zehn Eichen 50<br>29525 Uelzen |
| Telefon                 | 0581 / 3895 - 0                       |
| E-Mail                  | info@pk-uelzen.de                     |
| Internet                | http://www.pk-uelzen.de               |

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name            | Position       | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Dr. Ulrike Buck | Ärztl. Leitung | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 109 | info@pk-uelzen.de |

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name          | Position            | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Robert Hayduk | Pflegedienstleitung | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 309 | info@pk-uelzen.de |

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name                 | Position        | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|----------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Kai-Wolfhard Richter | Geschäftsführer | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 309 | info@pk-uelzen.de |

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Name                                       | Psychiatrische Tagesklinik Uelzen |
| Institutionskennzeichen                    | 260330281                         |
| Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 771068000                         |
| alte Standortnummer                        |                                   |
| Hausanschrift                              | Alewinstr. 23<br>29525 Uelzen     |
| Postanschrift                              | Alewinstr. 23<br>29525 Uelzen     |

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

| Name            | Position       | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Dr. Ulrike Buck | Ärztl. Leitung | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 109 | info@pk-uelzen.de |

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

| Name          | Position            | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Robert Hayduk | Pflegedienstleitung | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 309 | info@pk-uelzen.de |

#### Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

| Name                 | Position        | Telefon         | Fax               | E-Mail            |
|----------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Kai-Wolfhard Richter | Geschäftsführer | 0581 / 3895 - 0 | 0581 / 3895 - 309 | info@pk-uelzen.de |

**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

|      |   |
|------|---|
| Name | Psychiatrische Klinik Uelzen gemeinnützige GmbH |
| Art  | freigemeinnützig                                |

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

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

**A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

|   |  |
|---|--|
| Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
|---|--|

**A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

| <b>Nr.</b> | <b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>  | <b>Kommentar / Erläuterung</b> |
|------------|--|--------------------------------|
| MP02       | Akupunktur   |                                |
| MP03       | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare   |                                |
| MP11       | Sporttherapie/Bewegungstherapie  |                                |
| MP15       | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege   |                                |
| MP16       | Ergotherapie/Arbeitstherapie   |                                |
| MP17       | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege                                    |                                |
| MP34       | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst                        |                                |
| MP39       | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen |                                |
| MP40       | Spezielle Entspannungstherapie   |                                |
| MP52       | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen   |                                |
| MP53       | Aromapflege/-therapie  |                                |
| MP59       | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining            |                                |
| MP63       | Sozialdienst   |                                |

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

| Nr.  | Leistungsangebot   | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-----|-------------------------|
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten |     |                         |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen               |     |                         |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Name                          | Robert Hayduk       |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Pflegedienstleitung |
| Telefon                       | 0581 / 3895 - 0     |
| Fax                           | 0581 / 3895 - 309   |
| E-Mail                        | info@pk-uelzen.de   |

### A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit   | Kommentar / Erläuterung       |
|------|---|-------------------------------|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung                          |                               |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen   |                               |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)   |                               |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher  | werden bei Bedarf angefordert |
| BF25 | Dolmetscherdienste  | werden bei Bedarf angefordert |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen                                 |                               |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen |                               |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme   |                               |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Die Tagesklinik Uelzen hat 20 Tagesklinikplätze

|                   |    |
|-------------------|----|
| Anzahl der Betten | 20 |
|-------------------|----|

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0   |
| Teilstationäre Fallzahl | 121 |
| Ambulante Fallzahl      | 0   |



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 0,71 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,71 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 0,71 |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |       |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)   | 0,71  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,71  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0     |
| Ambulante Versorgung   | 0     |
| Stationäre Versorgung  | 0,71  |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 42,00 |

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

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

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

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

### A-11.2 Pflegepersonal

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

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt)                      | 3,15 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,15 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |

|  |      |       |
|--|------|-------|
| Ambulante Versorgung   | 0    |       |
| Stationäre Versorgung  | 3,15 |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal |      | 38,50 |

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

#### Diplom Psychologen

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,25 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 1,25 |

#### Psychologische Psychotherapeuten

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,86 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,86 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 0,86 |

#### Ergotherapeuten

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 1,55 |

#### Sozialpädagogen

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

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| Name                          | Bernd Rothe          |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsmanagement  |
| Telefon                       | 0581 3895 0          |
| Fax                           | 0581 3895 309        |
| E-Mail                        | b.rothe@pk-uelzen.de |

#### A-12.1.2 Lenkungsremium

|  |   |
|--|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Verwaltung, Ärztl. Dienst, Psychologischer Dienst, Pflegedienst und Betriebsrat |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | quartalsweise   |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

|   |   |
|---|---|
| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | eigenständige Position für Risikomanagement |
| Name  | Dr. Ulrike Buck                             |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt                             | Ärztl. Leitung                              |
| Telefon   | 0581 3895 0                                 |
| Fax   | 0581 3895 109                               |
| E-Mail  | info@pk-uelzen.de                           |

#### A-12.2.2 Lenkungsremium

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

|  |   |
|--|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführung, Ärztl. Leitung, Pflegedienstleitung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | monatlich   |

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument / Maßnahme   | Zusatzangaben   |
|------|---|---|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  |   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen  |   |
| RM05 | Schmerzmanagement   | Expertenstandard Schmerzmanagement (Chronische Schmerzen)<br>2018-06-04                   |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013<br>2018-06-04      |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege - 2. Aktualisierung 2017<br>2018-06-04 |

| Nr.  | Instrument / Maßnahme  | Zusatzangaben   |
|------|--|---|
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen                                     |   |
| RM18 | Entlassungsmanagement  | Prozessbeschreibung Entlassung<br>2019-12-06                                |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

|  |  |
|--|--|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz  | monatlich                              |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | CIRS-System (Fehlermeldesystem)        |

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr.  | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem  | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor                                       | 2016-09-26    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  | monatlich     |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf    |

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen

|   |  |
|---|--|
| Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystem            | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz   | monatlich                              |

#### Einrichtungübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungübergreifendes Fehlermeldesystem  |
|--------|--|
| EF02   | CIRS Berlin (Ärztchamber Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

|   |  |  |
|---|--|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen      | 1                                      | Verantwortlich für den Hauptstandort und die zwei Tagesklinikstandorte |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 1                                      | Verantwortlich für den Hauptstandort und die zwei Tagesklinikstandorte |
| Hygienefachkräfte (HFK)                                   |  |  |
| Hygienebeauftragte in der Pflege                          | 1                                      | Verantwortlich für den Hauptstandort und die zwei Tagesklinikstandorte |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet                 | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |  |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission                     | jährlich                               |  |

#### Vorsitzender der Hygienekommission

|      |                 |
|------|-----------------|
| Name | Dr. Ulrike Buck |
|------|-----------------|

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztl. Leitung    |
| Telefon                       | 0581 3895 0       |
| Fax                           | 0581 3895 109     |
| E-Mail                        | info@pk-uelzen.de |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

|   |  |
|---|--|
| Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
|---|--|

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

|   |  |
|---|--|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?                  | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

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

|  |  |
|--|--|
| Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )           | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 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). | <input checked="" type="checkbox"/> ja   |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?   | teilweise                                |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?   | teilweise                                |

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Hygienebezogene Maßnahme                              | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung                                 |
|------|---|---------------|--|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | jährlich      | zusätzlich: jährliche Hygienebegehungen aller Bereiche |

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

|   |  |
|---|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja   |
| Patientenbefragungen  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Einweiserbefragungen  | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name        | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon       | Fax          | E-Mail               |
|-------------|-------------------------------|---------------|--------------|----------------------|
| Bernd Rothe | Qualitätsmanagement           | 0581 3895 307 | 058 3895 309 | b.rothe@pk-uelzen.de |

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

| Name             | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon     | Fax          | E-Mail                             |
|------------------|-------------------------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| Claus Winterhoff | Patientenfürsprecher          | 0581 3895 0 | 0581 3895 30 | patientenfuersprecher@pk-uelzen.de |

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

#### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

|   |   |
|---|---|
| Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit | eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit |
| Name  | Dr. Ulrike Buck   |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt                                 | Ärztl. Leitung  |
| Telefon   | 0581 3895 0   |
| Fax   | 0581 3895 109   |
| E-Mail  | info@pk-uelzen.de   |

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

|   |  |
|---|--|
| Anzahl Apotheker                          | 0  |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0  |
| Kommentar/ Erläuterung                    | Die Funktion der Stationsapotheker wird von der krankenhausversorgenden Apotheke übernommen. Der Umfang und die Intensität der Beratung werden laufend abgestimmt und bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt. |

#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

| Nr.  | Instrument / Maßnahme  | Zusatzangaben   | Erläuterung |
|------|--|---|-------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |   |             |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |   |             |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)   |   |             |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)   |   |             |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln  | <input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)   |             |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln  |   |             |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   | <input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen<br><input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br><input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)  |             |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br><input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<br><input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans<br><input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |             |



### **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

---

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

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

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

|   |   |
|---|---|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| Fachabteilungsschlüssel                       | 2960  |
| Art der Abteilung                             | Hauptabteilung  |

#### Chefärztinnen/-ärzte

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Name                          | Dr. Ulrike Buck       |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztl. Leitung        |
| Telefon                       | 0581 / 3895 - 0       |
| Fax                           | 0581 / 3895 - 109     |
| E-Mail                        | info@pk-uelzen.de     |
| Strasse / Hausnummer          | An den Zehn Eichen 50 |
| PLZ / Ort                     | 29525 Uelzen          |
| URL                           |                       |

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

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

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen                                 |                         |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |                         |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen             |                         |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik   |                         |

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

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0   |
| Teilstationäre Fallzahl | 121 |

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung  |
|----------------|--------|---|
| 9-649          | 1743   | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen  |
| 9-607          | 174    | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen                                 |
| 9-626          | 138    | Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen          |
| 9-980          | 19     | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie |
| 9-645          | < 4    | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen        |
| 9-984          | < 4    | Pflegebedürftigkeit   |

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,71 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,71 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 0,71 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

|  |       |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte  | 0,71  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 0,71  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0     |
| Ambulante Versorgung   | 0     |
| Stationäre Versorgung  | 0,71  |
| Fälle je VK/Person   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 42,00 |

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

|                    |   |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen    | 0 |
| Fälle je VK/Person |   |

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie                                      |                         |

### B-11.2 Pflegepersonal

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

|  |       |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte  | 3,15  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                       | 3,15  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                      | 0     |
| Ambulante Versorgung   | 0     |
| Stationäre Versorgung  | 3,15  |
| Fälle je VK/Person   |       |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

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

#### Diplom Psychologen

|                   |      |
|-------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,25 |
|-------------------|------|

|   |      |
|---|------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,25 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 1,25 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### Psychologische Psychotherapeuten

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 0,86 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,86 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 0,86 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### Ergotherapeuten

|   |      |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |
| Ambulante Versorgung                            | 0    |
| Stationäre Versorgung                           | 1,55 |
| Fälle je VK/Person                              |      |

#### Sozialpädagogen

|   |     |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte                               | 1,0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1,0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0   |
| Ambulante Versorgung                            | 0   |
| Stationäre Versorgung                           | 1,0 |
| Fälle je VK/Person                              |     |

## Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

|  |   |
|--|---|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 3 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt   | 2 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben   | 2 |

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

### C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt