

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023

Krankenhaus Spremberg, Tagesklinik Forst

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.12 am 11.12.2024 um 13:14 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
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	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	11
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	11
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1 Qualitätsmanagement	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	16
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	17
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	20
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	21
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	21
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	22
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	23

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	25
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	25
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	25
B-[1].11 Personelle Ausstattung	26
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	26
B-11.2 Pflegepersonal	26
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	27
Teil C - Qualitätssicherung	28
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	28
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	28
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 nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	32
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	32
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	32
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	32
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	32
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	36

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Die Tagesklinik für psychisch Kranke in Forst verfügt über 18 Plätze und gehört zur Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Spremberg.

Einleitungstext

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserem Qualitätsbericht wenden wir uns in erster Linie an Patientinnen und Patienten, deren Ärztinnen und Ärzte und an die breite Öffentlichkeit.

Der Bericht gibt einen Überblick über die Struktur sowie das breite Leistungs-, Service- und Betreuungsangebot der Tagesklinik Forst. Sie können nachlesen, über wieviel Plätze die Klinik verfügt, welche speziellen Qualifikationen beim Betreuungspersonal vertreten sind bis hin zu den jährlichen Patientenzahlen.

Der Qualitätsbericht lässt sich für den Laien nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen.

Fragen Sie in der Tagesklinik selbst, Ihren behandelnden Arzt oder Ihre behandelnde Ärztin, Ihre Krankenkasse oder eine Patientenberatungsstelle, falls Sie die Informationen im Qualitätsbericht, die Ihnen wichtig sind, nicht verstehen oder nicht finden. Denn:

Der Qualitätsbericht soll Ihnen bei der Suche nach einer guten bzw. nach der für Sie richtigen Tagesklinik helfen.

Die Tagesklinik in Forst wurde am 01.02.2020 eröffnet. Qualifiziertes Fachpersonal, ein anspruchsvolles Therapiekonzept, eine moderne Ausstattung und die überschaubare Größe der Tagesklinik ermöglichen eine individuelle Betreuung der Patienten.

Möchten Sie als Patientin oder Patient Anregungen oder Kritik äußern, können Sie den Patientenfragebogen ausfüllen

oder Sie wenden sich direkt an das hausinterne Qualitäts- und Beschwerdemanagement.

Wir sind für Sie da!

Mit Ihren Anregungen können Sie dazu beitragen, Schwachstellen im Klinikablauf zu verbessern. Vielen Dank.

**

**

**

Mit freundlichen Grüßen**

Die Geschäftsführung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Claudia Poeta
Position	kaufmännisches Controlling
Telefon	03563 / 52259
Fax	
E-Mail	cpoeta@krankenhaus-spremberg.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	M.Sc. Tobias Grundmann
Position	Geschäftsführer
Telefon	03563 / 52396
Fax	03563 / 52397
E-Mail	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.krankenhaus-spremberg.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Krankenhaus Spremberg
Institutionskennzeichen	261200594
Hausanschrift	Karl-Marx-Straße 80 03130 Spremberg
Postanschrift	Karl-Marx-Straße 80 03130 Spremberg
Telefon	03563 / 52496
E-Mail	info@krankenhaus-spremberg.de
Internet	http://www.krankenhaus-spremberg.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Gunter Voskamp	Leitender Chefarzt	03563 / 52400	03563 / 52397	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Ulrike Walinsky	Pflegedienstleiterin	03563 / 521541	03563 / 52397	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Tobias Grundmann	Geschäftsführer	03563 / 52396	03563 / 52397	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Krankenhaus Spremberg Tagesklinik Forst
Institutionskennzeichen	261200594
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	773760000
alte Standortnummer	xx
Hausanschrift	Robert-Koch-Straße 35 03149 Forst
Postanschrift	Robert-Koch-Straße 35 03149 Forst
Internet	http://www.krankenhaus-spremberg.de

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Majdy Abu Bakr	Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie	03563 / 52346	03563 / 52397	mbakr@krankenhaus-spremberg.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Ulrike Walinsky	Pflegedienstleitung	03563 / 521541	03563 / 52397	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Tobias Grundmann	Geschäftsführer	03563 / 52396	03563 / 52397	tgrundmann@krankenhaus-spremberg.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name Spremberger Krankenhausgesellschaft mbH
Art öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

keine Angaben

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Anja Broschinski
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Referentin der Geschäftsführung
Telefon	03563 / 52496
Fax	
E-Mail	abroschinski@krankenhaus-spremberg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF24	Diätische Angebote	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

keine Angaben

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	18
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	92
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,40
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,40
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	0,40

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,40
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,40
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	0,40
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	1,79	
davon ohne Fachabteilungszuordnung		
Anzahl Vollkräfte	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		39,00

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

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,82

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,95

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,73

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,57

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	1,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,73
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,82
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	0,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,57
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Ulrike Walinsky
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QM-Beauftragte
Telefon	03563 521470
Fax	03563 52397
E-Mail	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Leitender Chefarzt, Bereichsleitung Pflege, Betriebsrat, QM-Beauftragte der Pflege, QM-Beauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Gunter Voskamp
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Telefon	03563 52400
Fax	
E-Mail	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Leitender Chefarzt, Bereichsleitung Pflege, Betriebsrat, QM-Beauftragter Pflege, QM-Beauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM05	Schmerzmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM06	Sturzprophylaxe	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere interdisziplinäre Pflegedokumentationsbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20

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	Erstellung eines Leitfadens zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2016-04-11
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

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
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages wird die Funktion im Krankenhaus Spremberg durch einen Krankenhaushygieniker aus dem Carl-Thiem-Klinikum Cottbus wahrgenommen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege		
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Gunter Voskamp
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Telefon	03563 52400
Fax	
E-Mail	voskamp@krankenhaus-spremberg.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 22 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden? Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ja
(www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten 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). ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Gemäß dem geltenden Fortbildungsplan werden Schulungen zu hygienebezogenen Themen regelmäßig durchgeführt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. ja
Grundlage bildet die abgeschlossene Betriebsvereinbarung - aktuell gilt die Fassung vom 26.10.2021.

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) ja
Die Betriebsvereinbarung enthält detaillierte Regelungen zur Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung und Beschwerdeauswertung.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden 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	Innerhalb von sieben Tagen soll der Beschwerdeführer eine Antwort erhalten.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Brigitte Laggai, QM-Beauftragte, Tel. 03563 52306
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	Anonyme Eingabemöglichkeiten sind sowohl über den Patientenbriefkasten als auch über die Kontakt - E-Mail - Adresse möglich. https://krankenhaus-spremberg.de/kontakt
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt und halbjährlich ausgewertet. Kritische Hinweise werden sofort ausgewertet.
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Anja Broschinski	Referentin Geschäftsführung	03563 52496		abroschinski@krankenhaus-spremberg.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Ing. Ök. Kathrin Möbius	Ruhestand	03563 95024		patientenfuersprecher-spremberg@gmx.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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
---	--

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Ulrike Walinsky
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	QM-Beauftragte
Telefon	03563 521470
Fax	03563 52397
E-Mail	uwalinsky@krankenhaus-spremberg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	10
------------------	----

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	12
Kommentar/ Erläuterung	Die Apotheke des Carl-Thiem-Klinikum Cottbus betreut und beliefert das Krankenhaus Spremberg. Die angegebenen Personen beziehen sich auf die Apotheke des CTK Cottbus.

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	übergreifende elektronische QM/RM-Dokumentation - QM-Handbuch im Intranet 2022-12-20	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
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 <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungswirtschaftlichen 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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen? nein

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

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 Abschläge 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 3 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)

Angaben zur Fachabteilung

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

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Majdy Abu Bakr
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Abteilung Psychiatrie
Telefon	03563 / 52346
Fax	
E-Mail	mbakr@krankenhaus-spremberg.de
Strasse / Hausnummer	Karl-Marx-Str. 80
PLZ / Ort	03130 Spremberg
URL	

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	92

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32.1	37	Mittelgradige depressive Episode
F33.1	29	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
Z11	20	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
F33.2	12	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F43.1	11	Posttraumatische Belastungsstörung
F41.0	9	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F40.01	6	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	6	Soziale Phobien
F45.41	6	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
E66.06	< 4	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50
F10.1	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F60.31	< 4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F12.1	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch
F31.8	< 4	Sonstige bipolare affektive Störungen
F32.2	< 4	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F41.1	< 4	Generalisierte Angststörung
F90.0	< 4	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F98.80	< 4	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend
E66.00	< 4	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
F10.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F11.1	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch
F12.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F15.1	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F15.2	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
F20.0	< 4	Paranoide Schizophrenie
F25.2	< 4	Gemischte schizoaffektive Störung
F42.0	< 4	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.2	< 4	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F44.4	< 4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	< 4	Dissoziative Krampfanfälle
F45.0	< 4	Somatisierungsstörung
F50.3	< 4	Atypische Bulimia nervosa
F50.4	< 4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen
F60.30	< 4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F60.5	< 4	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F61	< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F64.0	< 4	Transsexualismus
Z53	< 4	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden
Z86.7	< 4	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649.41	301	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-626	284	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-607	274	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.31	227	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.42	190	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.40	177	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.30	139	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.51	76	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.50	73	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.0	60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.43	53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.32	20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	16	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649.10	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.20	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.44	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
9-649.13	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.38	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.3a	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 11 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.55	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.56	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,40
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,40
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	0,40
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,40
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,40
Ambulante Versorgung	0,40
Stationäre Versorgung	0,40
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF27	Naturheilverfahren	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	1,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,79
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	39,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,82
Fälle je VK/Person	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,95
Fälle je VK/Person	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,73
Fälle je VK/Person	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,57
Fälle je VK/Person	

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel [09/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation [09/3]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation [09/4]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel [09/5]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Karotis-Revaskularisation [10/2]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Gynäkologische Operationen [15/1]	33	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Geburtshilfe [16/1]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftgelenknahe Femurfraktur [17/1]	36	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Mammachirurgie [18/1]	87	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Cholezystektomie [CHE]	96	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Dekubitusprophylaxe [DEK]	60	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Herzchirurgie [HCH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offene chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen [HCH_KC]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Hüftendoprothesenversorgung [HEP]	226	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP]	225	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [HEP_WE]	Datensc	Datenschutz	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme [HTXM]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen [HTXM_MKU]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Herztransplantation [HTXM_TX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Knieendoprothesenversorgung [KEP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel [KEP_WE]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Leberlebendspende [LLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lebertransplantation [LTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Neonatologie [NEO]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Nierenlebendspende [NLS]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU]	191	100	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX]	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.	

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)	2
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	0
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

(* 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))

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):
Allgemeine Daten zum Bericht

Berichtsjahr:	2023
IK:	261200594
Standortnummer:	773760000

Quartal 1
Allgemeine Berichtsdaten

Zeitraum:	Q1
-----------	----

Erwachsenenpsychiatrie
Einrichtungs-Struktur
Regionale Pflichtversorgung

Geschlossene Bereiche:	nein
24-Stunden-Präsenzdienste:	nein

Strukturangaben der Stationen

Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Forst	0	18	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

Behandlungsbereich:

A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung

Behandlungsumfang:

871

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben
Einhaltung und Umsetzungsgrad

Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:	ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:	126,23

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe

Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal Ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	331	444	134,14
Pflegefachpersonen	ja	955	965	101,05
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	311	477	153,38
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	511	570	111,55
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	49	128	261,22

Einhaltung und Umsetzungsgrad			
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:			ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:			126,23
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ja	195	386	197,95
Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen			
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			

Quartal 2

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q2

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:	nein			
24-Stunden-Präsenzdienste:	nein			
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Forst	0	18	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich				Behandlungsumfang
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				858

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				118
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	326	330	101,23
Pflegefachpersonen	ja	941	956	101,59
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	306	398	130,07
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	503	744	147,91
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	49	109	222,45

Einhaltung und Umsetzungsgrad			
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:		ja	
Umsetzungsgrad der Einrichtung:		118	
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ja	192	202	105,21
Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen			
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			

Quartal 3

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q3

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:	nein			
24-Stunden-Präsenzdienste:	nein			
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Forst	0	18	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich:		Behandlungsumfang:		
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung		892		

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:		ja		
Umsetzungsgrad der Einrichtung:		104		
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	339	339	100
Pflegefachpersonen	ja	978	996	101,84
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	318	318	100
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	523	527	100,76
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	51	130	254,9

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				104
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ja	199	205	103,01	
Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen				
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				

Quartal 4

Allgemeine Berichtsdaten	
Zeitraum:	Q4
Erfüllung Belegführung:	Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		nein		
24-Stunden-Präsenzdienste:		nein		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Tagesklinik Forst	0	18	E = elektive offene Station	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				795

Umsetzungsgrad der Einhaltung von Mindestvorgaben

Einhaltung und Umsetzungsgrad				
Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:				ja
Umsetzungsgrad der Einrichtung:				102
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonal ausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	ja	302	294	97,46
Pflegefachpersonen	ja	871	873	100,22
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	283	311	109,73
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	ja	466	487	104,49
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	45	51	112,22

Einhaltung und Umsetzungsgrad

Einhaltung der Mindestvorgaben in dieser Einrichtung:		ja	
Umsetzungsgrad der Einrichtung:		102	
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ja	177	178	100,27
Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen			
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe			

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

trifft nicht zu / entfällt