



# 2022

## Referenzbericht

Klinikum Darmstadt GmbH, Standort Martinspfad

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das  
Jahr 2022

Übermittelt am:	27.10.2023
Automatisch erstellt am:	31.01.2024
Layoutversion vom:	23.01.2024



## Vorwort

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

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

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

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

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

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

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

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

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

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	23
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	38
B-1	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	38
C	Qualitätssicherung	48
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	48
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	64
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	64
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	64
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	64
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	64
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	65
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	66
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	67
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	71
-	Diagnosen zu B-1.6	72
-	Prozeduren zu B-1.7	73

## - **Einleitung**

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

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

Hersteller: netfutura GmbH  
Produktname: promato QBM  
Version: 2.11

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

Position: Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Luisa Dandelski  
Telefon: 06151/107-5071  
Fax: 06151/107-6598  
E-Mail: [luisa.dandelski@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:luisa.dandelski@mail.klinikum-darmstadt.de)

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

Position: Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name: Clemens Maurer  
Telefon: 06151/107-5001  
Fax: 06151/107-5009  
E-Mail: [geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de)

### **Weiterführende Links**

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

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

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

#### Ärztliche Leitung

Position:	Medizinischer Geschäftsführer bis 31.12.2022
Titel, Vorname, Name:	Prof. Dr. med Nawid Khaladj
Telefon:	06151/107-5001
Fax:	06151/107-5009
E-Mail:	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de">geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de</a>

Position:	Medizinischer Geschäftsführer seit 01.06.2023
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Jörg Noetzel
Telefon:	06151/107-5001
Fax:	06151/107-5009
E-Mail:	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de">geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de</a>

#### Pflegedienstleitung

Position:	Pflegerischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name:	Michele Tarquinio Espadas
Telefon:	06151/107-5701
Fax:	06151/107-5724
E-Mail:	<a href="mailto:pflagedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de">pflagedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de</a>

#### Verwaltungsleitung

Position:	Kaufmännischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name:	Clemens Maurer
Telefon:	06151/107-5001
Fax:	06151/107-5009
E-Mail:	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de">geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de</a>

### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Klinikum Darmstadt GmbH, Standort Martinspfad  
Hausanschrift: Martinspfad 72  
64285 Darmstadt  
Postanschrift: Grafenstraße 9  
64283 Darmstadt  
Institutionskennzeichen: 260610019  
Standortnummer: 773793000  
Standortnummer alt: 00  
URL: <https://klinikum-darmstadt.de/>

### Ärztliche Leitung

Position: Medizinischer Geschäftsführer seit 01.06.2023  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Jörg Noetzel  
Telefon: 06151/107-5001  
Fax: 06151/107-5009  
E-Mail: [geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de)

Position: Medizinischer Geschäftsführer bis 31.12.2022  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Nawid Khaladj  
Telefon: 06151/107-5001  
Fax: 06151/107-5009  
E-Mail: [geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegerischer Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name: Michele Tarquinio Espadas  
Telefon: 06151/107-5701  
Fax: 06151/107-5724  
E-Mail: [pflagedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:pflagedirektion@mail.klinikum-darmstadt.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name: Clemens Maurer  
Telefon: 06151/107-5001  
Fax: 06151/107-5009  
E-Mail: [geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:geschaeftsfuehrung@mail.klinikum-darmstadt.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Wissenschaftsstadt Darmstadt  
Art: öffentlich



### **A-3            Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum:            Nein

Lehrkrankenhaus:                Ja

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

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	Akupressur ist Bestandteil der physiotherapeutischen Behandlung.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Dies erfolgt auf ärztl. Verordnung durch die Physiotherapie in Abst. mit einem pfleg. Atemtherapeut. Die Ausbild. in reflekt. Atemtherapie ist vorhanden. Im Rahm. d. Pneumonieprophylaxe inform., schult u. unterstützt die Pflege die Pat. bei Inhalationen u. der Anw. v. Atemtrainern (z.B. Triflow)
MP06	Basale Stimulation	Basale Stimulation dient der Kontaktaufnahme und Förderung von Menschen, die in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind. Frühzeitig wird durch das Angebot einer Reiz-Stimulierung der Rehabilitationsprozess eingeleitet. Eine zertifizierte Trainerin für Basale Stimulation ist im Haus beschäftigt.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Die Leistung umfasst Beratung, Klärung des Kostenträgers, Antragstellung, bei Bedarf Hilfe bei Widersprüchen, Koordinierung von Krankenhausentlassungsdatum und Aufnahmedatum in der Rehabilitationseinrichtung, sowie bei der Organisation einer Überbrückung in eine ambulante und stationäre Pflege.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Hierzu kann die Abteilung für Physikalische Therapie hinzugezogen werden. Mehrere Mitarbeitende sind für den Bereich Krankengymnastik am Gerät zertifiziert.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Betreuung aller Formen des Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2, Typ 3 und Typ 4) und aller Therapievarianten als Haupt- und /oder Nebendiagnose in der gesamten Klinikum Darmstadt GmbH, von Diätetischer Therapie bis zur Insulinpumpentherapie.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Diätberatung erfolgt durch Diätassistenten. Eine Beratung in Bezug auf enterale u. parenterale Ernährung erfolgt während des Aufenthalts. Eine Beratung mit dem Darmzentrum findet statt. Für den amb. Bereich werden benötigte Materialien (z.B. Ernährungspumpen) organisiert.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Expertenstandard Entlassungsmanagement findet Anwendung in allen Abteilungen. Damit wird sichergestellt, dass Patienten und Angehörige zielgerichtet und strukturiert auf die Entlassung vorbereitet werden und eine lückenlose weitere Nachversorgung (Hilfsmittel, nachstationäre Pflege) erfolgen kann.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Rahmen der Frührehabilitation in der ersten Phase der Krankenhausbehandlung.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Die Fallmanager*innen sind feste Ansprechpers. für die Pat., d. einen besond. hohen + komplexen Behandlungsverlauf haben + bereits während des Aufenthaltes einen erhöhten pfleg. Versorgungsbed. aufweisen od. i. Anschl. an die stat. Behandlung ebenf. deutlich wird.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Es werden kreative Angebote im Rahmen einer stationären Psychosomatischen-Psychotherapeutischen Therapie in der Psychosomatik und Palliativeinheit angeboten
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Angebote im Rahmen der stationären Behandlung oder bei ärztlicher Verordnung in der Physiotherapie-Ambulanz.
MP25	Massage	Die Massage ist eine passive Maßnahme zur Verbesserung der Muskeldurchblutung, zur Lockerung und Schmerzlinderung. Sie dient ebenfalls zur Vorbereitung der aktiven Muskelarbeit.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP27	Musiktherapie	Es werden kreative Angebote im Rahmen einer stationären Psychosomatischen- Psychotherapeutischen Therapie und in der Palliativtherapie angeboten.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Angebote im Rahmen der stationären Behandlung oder bei ärztlicher Verordnung in der Physiotherapie-Ambulanz.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Zentrale Praxisanleiter*innen, langjährig etabliertes Konzept der gezielten praktischen Anleitung vorhanden. Die Stationen verfügen über Fachkräfte mit entsprechender Weiterbildung. Die Innerbetriebliche Fortbildung bietet jährlich eine einjährige Praxisanleiter- Weiterbildung für Pflegekräfte an.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die Physiotherapie bzw. Krankengymnastik orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen der Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet eine konsiliarische Betreuung an. Tumorpatienten und deren Angehörigen steht die Psychoonkologie während der gesamten stationären und ambulanten Behandlung zur Verfügung.
MP37	Schmerztherapie/-management	Akutschmerzdienst unter Leitung der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, sowie Einsatz schmerztherapeutisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Das Angebot richtet sich u.a. an Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen (postoperativ) sowie an Tumorpatient*innen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Angebote für Pat. im Onkologischen Zentrum: Pflegesprechstunde und Konsiliardienst der onkologischen Pflegefachpersonen, Pflegesprechstunde der Breast-Care-Nurses, Onkologischer Lotsendienst.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Ärztl. Durchführung v. fiberendoskopischen Schluckuntersuchungen, die durch die Logopädie begleitet werden. Durchführung klinischer Schlucktests im Rahmen der Dysphagiediagnostik erfolgen durch Mitarbeitende der Logopädie mit anschließender Empfehlung der Kostform. Angebot spezieller Dysphagiekost.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Werden praktisch umgesetzt durch die Physikalische Therapie: Wärmeanwendungen (z. B. Fango, Heißluft, heiße Rolle und Ultraschall)
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Jährlich finden Tage der offenen Tür von Kliniken und Bereichen statt, bei denen Selbsthilfegruppen einbezogen werden (z.B. Schlaganfall-Info-Bus).
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst der Klinikum Darmstadt GmbH richtet sich an diejenigen Patienten, die nach ihrer Entlassung auf fremde Hilfe angewiesen sein könnten. Die Mitarbeitenden organisieren hierbei alles Notwendige (ambulante und/oder stationäre Reha-Maßnahmen, Kurzzeitpflege, etc.).
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es werden in regelm. Abständen Vorträge für die Öffentlichkeit "Medizin Aktuell" angeboten. Das Programm beinhaltet Vorträge zu Themen wie operative Möglichkeiten in der Dermatologie, Gelbsucht und Leberzirrhose. Bei Vorträgen rund um die Geburt, kann auf Wunsch der Kreißsaal besichtigt werden.

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

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	<a href="https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/faq-patienten-abc">https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/faq-patienten-abc</a>	Die Patientenbroschüre „Herzlich willkommen im Klinikum Darmstadt“ informiert alphabetisch über sämtliche Leistungsangebote. Die Broschüre ist in Papierform erhältlich und kann zusätzlich auf der Homepage online eingesehen werden.

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

Patientenzimmer			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar

Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<a href="https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft">https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft</a>	Bei Abschluss des Vertrages Wahlleistung Unterkunft Ein-Bett erhalten die Patient*innen zusätzliche Servicekomponenten, siehe Flyer Wahlleistung Unterkunft auf der Homepage. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft">https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft</a>	Sämtliche Patientenzimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	<a href="https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft">https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft</a>	Bei Abschluss des Vertrages Wahlleistung Unterkunft Zwei-Bett erhalten die Patient*innen zusätzliche Servicekomponenten, siehe Flyer Wahlleistung Unterkunft auf der Homepage. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft">https://klinikum-darmstadt.de/patienten-besucher/stationaerer-aufenthalt/unterkunft</a>	Sämtliche Patientenzimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. Alle Zimmer verfügen über Patienten-WLAN.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Vollständig barrierefreier Vorplatz

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Vollständig barrierefreier Zugang, sämtliche Bereiche sind barrierefrei mittels Aufzügen zu erreichen
------	---	---

#### Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

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

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	Es sind 66 verschiedene Kostformen wählbar

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

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

#### Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

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

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

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



## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	152
Teilstationäre Fallzahl:	212
Ambulante Fallzahl:	273
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	8,94	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,94	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,93	
Personal in der stationären Versorgung	8,01	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

Anzahl (gesamt)	3,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3,68	

#### Belegärztinnen und Belegärzte

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



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

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

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

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

### A-11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl (gesamt)	11,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	11,26	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

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

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

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

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

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

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

#### Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

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

#### Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	0,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13	
Personal in der stationären Versorgung	0,83	

#### Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

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

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (gesamt)	3,95	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,95	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3,95	



### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07	
Personal in der stationären Versorgung	1,81	

### Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,71	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,57	
Personal in der stationären Versorgung	1,14	

### Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	1,23	

#### A-11.4 **Spezielles therapeutisches Personal**

<b>SP04 Diätassistentin und Diätassistent</b>		
Anzahl (gesamt)	0,00	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
<b>SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut</b>		
Anzahl (gesamt)	0,06	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,06	
<b>SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut</b>		
Anzahl (gesamt)	1,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,40	

#### SP15 Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

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

#### SP17 Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)

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

#### SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,50	Die Anforderung erfolgt bei Bedarf über den Standort Grafenstraße.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	

#### SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	2,95	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,95	

#### SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	1,29	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,29	

#### SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

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

#### SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

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

#### SP31 Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge

Anzahl (gesamt)	0,98	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	0,73	

#### SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

#### SP35 Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

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

#### SP42 Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

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

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person



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

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen: Jour fixe mit Geschäftsführung  
Funktionsbereiche:  
Tagungsfrequenz: monatlich

#### **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

##### **A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement**

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

##### **A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement**

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja  
Beteiligte Abteilungen: Austausch mit den Risikobeauftragten zur Risikoidentifikation und -bewertung, sowie zu treffenden und umzusetzenden Maßnahmen. Freigabe erfolgt durch die Geschäftsführung. Vorstellung in den Führungskräfterunden (Ärzte, Pflege und Abteilungsleitungen).  
Funktionsbereiche:  
Tagungsfrequenz: quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagementhandbuch vom 01.05.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verfahrensweisung Notfallmanagement vom 25.06.2023
RM05	Schmerzmanagement	Konzept Schmerzmanagement vom 01.10.2022
RM06	Sturzprophylaxe	Verfahrensweisung Sturzprophylaxe vom 22.10.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Verfahrensweisung Dekubitusprophylaxe in der Pflege vom 24.08.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Dienstanweisung Einhaltung und Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) vom 06.02.2022
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Dienstanweisung Einhaltung des MPG, der MPBetreibV und MPSV vom 27.04.2023
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Röntgenbesprechungen, Nierenbiopsiekonferenz, Perinataalkonferenz, OP-Konferenz, Gefäßkonferenz
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Verfahrensweisung Anwendung der OP-Checkliste vom 16.10.2023
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	SOP Präoperative anästhesiologische Befunderhebung vom 10.03.2021
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Verfahrensweisung Anwendung der OP-Checkliste vom 01.10.2021
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	SOP Zentraler Aufwachraum vom 03.04.2021

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	monatlich
Maßnahmen:	Erstellung/Aktualisierung von Verfahrensweisungen und Standards, Besprechung von Meldungen im Qualitätszirkel Notfallmedizin, Erstellung von Blögeinträgen für das interne Intranet, Überprüfung von Schlüsselkartenberechtigungen im OP-Bereich, Erstellung eines Ausfallkonzeptes für das Zentralmonitoring

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

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen:	Ja
Tagungsfrequenz:	monatlich

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

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

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

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	1 Krankenhaushygieniker in Vollzeit, Leiter der Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene; Zentrale Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene für die Klinikum Darmstadt GmbH
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	1 Fach-/oder Oberarzt je Klinik, Institut und med. Bereich
Hygienefachkräfte (HFK)	3	Zentrale Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene für die Klinikum Darmstadt GmbH
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Mindestens 1 je Station oder Fachabteilung

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

### A-12.3.2.2 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt nicht vor.

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	Ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	21
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

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

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	In regelmäßigen Abständen werden Einweiserbefragungen durch die Klinikum Darmstadt GmbH durchgeführt. Die Begleitung und Durchführung der Einweiserbefragungen erfolgt durch das Qualitätsmanagement.

#### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

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

Position: Lob- und Beschwerdebüro  
 Titel, Vorname, Name: Katharina Abich  
 Telefon: 06151/107-4666  
 Fax: 06151/107-4668  
 E-Mail: [meinemeinung@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:meinemeinung@mail.klinikum-darmstadt.de)

#### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

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

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

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

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

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



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

**Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

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

**Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

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

**Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

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

## **A-12.5            Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

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

### **A-12.5.1            Verantwortliches Gremium AMTS**

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

### **A-12.5.2            Verantwortliche Person AMTS**

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

Position:	Apothekerin
Titel, Vorname, Name:	Bettina Mayer
Telefon:	06151/107-5605
Fax:	06151/107-5619
E-Mail:	<a href="mailto:bettina.mayer@mail.klinikum-darmstadt.de">bettina.mayer@mail.klinikum-darmstadt.de</a>

### **A-12.5.3            Pharmazeutisches Personal**

Anzahl Apotheker:	9
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	10

Erläuterungen:            Apotheke der Klinikum Darmstadt GmbH am Standort Grafenstraße.

### **A-12.5.4            Instrumente Maßnahmen AMTS**

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese),

der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen 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.

**Allgemeines**

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

**Allgemeines**

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

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese**

Formular Arzneimittelanamnese

25.08.2022

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)**

Dienstanweisung Arzneimittel und Dienstanweisung Umgang mit Betäubungsmitteln

17.10.2022

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln**

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

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

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**

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

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

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

#### Entlassung

**AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

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

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

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

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

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?: ja

Kommentar:

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

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

#### **Versorgung Kinder Jugendliche**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## **A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

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



#### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

#### **A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung**

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

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

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

### **B-1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

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

Fachabteilungsschlüssel: 3100  
 Art: Klinik für  
 Psychosomatische  
 Medizin und  
 Psychotherapie

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt:**

Position: Klinikdirektorin  
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Alexandra Mihm  
 Telefon: 06151/107-4061  
 Fax: 06151/107-4063  
 E-Mail: [psychosomatik@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:psychosomatik@mail.klinikum-darmstadt.de)  
 Anschrift: Martinspfad 72  
 64285 Darmstadt  
 URL: <https://klinikum-darmstadt.de/medizin-pflege/klinik-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
VPOO	Psychoneurotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen	Angsterkrankungen, Phobien, Zwangsstörungen, Depressionen, Borderline und andere Persönlichkeitsstörungen, Konversionsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP00	Psychosomatische Komplexbehandlung	Somatoforme/funktionelle Störungen des Herz- und Kreislaufsystems (z.B. Herzneurose), der Atemorgane, des Darms, der Blase, Schmerzen der Muskulatur und des Skelettsystems, Erschöpfungszustände (Burn-out), vegetative Labilität, Schwindel und Schlafstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Vor allem Diagnostik der Störung im Konsiliardienst, Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge. Behandlung nur nach Entgiftung oder wenn die Suchterkrankung nicht führend ist.
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Differenzialdiagnostik in der Psychosomatik, im Konsiliardienst Diagnostik/ Differentialdiagnostik und Therapievorschläge. Keine Akutbehandlung nur in besonderen Fällen wenn die Psychosomatische Erkrankung führend ist und ein psychotherapeutische Ansatz sinnvoll erscheint.
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Gespräch vor der Aufnahme zur ersten diagnostischen Einschätzung, Besprechung der psychosomatischen Therapieoptionen, tiefgehende Exploration psychischer und somatischer Beschwerden, biographische Anamnese, ausstehende organische Untersuchungen zur Komplettierung der somatischen Diagnostik



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung; im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Differentialdiagnose, Aufnahme und Behandlung nur von Erwachsenen im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	Differentialdiagnose, Aufnahme und Behandlung nur von Erwachsenen im Konsiliardienst Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge ggf. Hinzuziehung eines spezifischen Konsiliariums
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Aufnahme und Behandlung primär nur von Erwachsenen im Konsiliardienst ggf. Diagnostik/Differentialdiagnostik und Therapievorschläge ggf. Hinzuziehung eines spezifischen Konsiliariums
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Differentialdiagnose im Konsiliardienst Diagnostik/ Differentialdiagnostik und Therapievorschläge
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	Komplexbehandlung nach OPS 9-63 bis OPS 9-64, einschließlich indikativer Angebote sowie vor- und nachstationäre Behandlung
VP14	Psychoonkologie	Konsiliar- und Liaisondienst

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

Vollstationäre Fallzahl: 152

Teilstationäre Fallzahl: 212

### **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

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

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA)</b>	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	
Angebote Leistung:	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)
<b>Vorgespräch</b>	
Ambulanzart:	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V(AM11)
Kommentar:	Aufnahmegespräch zur diagn. Einschätzung, Bespre. psychosomat. Therapieoptionen, tiefgehende Exploration psych. + somat. Beschwerden, biograph. Anamnese, weitere organ. Untersuchungen zur Komplettierung der somat. Diagnostik +Indikationsprüfung Akut/Reha/amb. Psychotherapie/amb. psychiat. Versorgung
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	
Angebote Leistung:	Multimethodale ambulante Behandlung (VP00)
<b>Privatambulanz</b>	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	
Angebote Leistung:	Ambulante psychotherapeutische Behandlung (VP00)

<b>Psychosomatische/ Psychoonkologische Ambulanz</b>	
Ambulanzart:	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
Kommentar:	
<b>Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V</b>	
Angebote Leistung:	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung (LK15_10)
Angebote Leistung:	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax (LK15_2)
Angebote Leistung:	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL) (LK15_4)
Angebote Leistung:	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren (LK15_6)
Angebote Leistung:	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren (LK15_7)
Angebote Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29)
Angebote Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (LK33)
Angebote Leistung:	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren (LK39)
Angebote Leistung:	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax (LK41)

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

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

### **B-1.10           Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

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

**B-1.11 Personelle Ausstattung**

**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

**Hauptabteilung:**

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl (gesamt)	8,94	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,94	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,93	
Personal in der stationären Versorgung	8,01	
Fälle je Vollkraft	18,97627	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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

Anzahl (gesamt)	3,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	Die Ambulanzen werden durch den ärztlichen Dienst mitbetreut.
Personal in der stationären Versorgung	3,68	
Fälle je Vollkraft	41,30434	

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

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

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF07	Diabetologie	

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	11,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	11,26	
Fälle je Anzahl	13,49911	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	
Fälle je Anzahl	152,00000	

<b>Pflegefachfrau</b>		
Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	
Fälle je Anzahl		

<b>Pflegefachfrau BSc</b>		
Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	
Fälle je Anzahl		

<b>Medizinische Fachangestellte</b>		
Anzahl (gesamt)	0,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13	
Personal in der stationären Versorgung	0,83	
Fälle je Anzahl	183,13253	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

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

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP24	Deeskalationstraining	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	3,95	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,95	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,95	
Fälle je Anzahl	38,48101	

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07	
Personal in der stationären Versorgung	1,81	
Fälle je Anzahl	83,97790	

### Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,71	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,71	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,57	
Personal in der stationären Versorgung	1,14	
Fälle je Anzahl	133,33333	

### Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,25	
Personal in der stationären Versorgung	1,23	
Fälle je Anzahl	123,57723	



## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	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.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Geburtshilfe (16/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie (HCH)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		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.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
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.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
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.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
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.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzchirurgie (HCH)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
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.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

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

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

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52009</b>
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Einheit	
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 49,36
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
<b>Ergebnis Bewertung</b>	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52326</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,58
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>521801</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,58
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>521800</b>
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,58
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
<b>Ergebnis Bewertung</b>	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen</b>
<b>Kürzel Leistungsbereich</b>	<b>DEK</b>
<b>Bezeichnung des Ergebnisses</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Ergebnis ID</b>	<b>52010</b>
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,58
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

#### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

### **Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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



## **C-8            Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

### **C-8.1           Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-8.2           Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## **C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Gesamtkommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]**

1. Quartal

#### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

#### **C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]**

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

###### **C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

###### **C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]**

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

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

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

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]**

2. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]**

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]**

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

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

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

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]**

3. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3            Einrichtungstyp [Q3]**

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

**C-9.3.1.1            Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

**C-9.3.1.1            Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]**

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

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

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

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1            Zeitraum des Nachweises [Q4]**

4. Quartal

**C-9.2            Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3            Einrichtungstyp [Q4]**

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

**C-9.3.1.1            Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]**

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

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

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

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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



- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F33.1	76	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	34	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F32.1	12	Mittelgradige depressive Episode
F45.41	5	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F45.0	4	Somatisierungsstörung
F32.2	(Datenschutz)	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F40.01	(Datenschutz)	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F41.0	(Datenschutz)	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	(Datenschutz)	Generalisierte Angststörung
F42.1	(Datenschutz)	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F43.1	(Datenschutz)	Posttraumatische Belastungsstörung
F45.1	(Datenschutz)	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.32	(Datenschutz)	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
F45.40	(Datenschutz)	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F50.00	(Datenschutz)	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F50.1	(Datenschutz)	Atypische Anorexia nervosa

- **Prozeduren zu B-1.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren**

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-401.22	1876	Psychoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-649.40	1860	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.20	1220	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.32	1048	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.23	971	Psychoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-649.12	817	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-634	495	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.10	272	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-607	233	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.11	202	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.25	202	Psychoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
9-649.31	190	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.30	183	Psychoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-649.13	176	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.41	153	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.30	135	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-401.26	117	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 6 Stunden
9-649.33	117	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.0	60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.14	59	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.51	56	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	45	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.15	22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	19	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.31	17	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-649.50	10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.16	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.42	5	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-401.32	(Datenschutz)	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 4 Stunden
9-641.00	(Datenschutz)	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
9-641.11	(Datenschutz)	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
9-649.17	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.1a	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 11 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.36	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-984.7	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

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