

Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH

Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2022

QBX

QBX

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Nadja Barta
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: BackOffice
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 31851 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Christoph Hentrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de



Wir bieten teilstationäre und ambulante Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Krisen.

Dabei legen wir neben der psychiatrischen-therapeutischen Behandlung besonderen Wert auf den Erhalt oder das Wiedererlangen von Selbstständigkeit im Alltag im sozialpsychiatrischen Kontext.

Unser Team besteht aus Fachärzten/innen für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologen/innen, Sozialpädagogen/innen, Krankenpflegekräften/innen mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung, Ergotherapeuten/innen, Fachkräfte für zusätzliche Therapieangebote sowie dem Sekretariat.

Therapieangebote:

Ärztliche-psychiatrische Behandlung

Einzel- und Gruppengespräche

Spezifische Psychoedukation für unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen (z.B. Psychosen, affektive Störungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)

Sozialpädagogische Beratung

Paar- und Familiengespräche

Ergo- und Arbeitstherapie

Bewegungs- und Entspannungsgruppen

Gruppentraining von Alltagsfähigkeiten und sozialer Kompetenz

Skillsgruppe

Aktivitätsgruppen (u.a. Musiktherapie, Besuch kultureller und sozialer Einrichtungen)

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| | Einleitung | 2 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 8 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 9 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 10 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 10 |
| A-3a | Organisationsstruktur des Krankenhauses | 11 |
| A-4 | [unbesetzt] | 11 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 12 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 12 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 13 |
| A-8.1 | Forschung und akademische Lehre | 13 |
| A-8.2 | Ausbildung in anderen Heilberufen | 13 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 13 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 13 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 13 |
| A-11.2 | Pflegepersonal | 14 |
| A-11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 14 |
| A-11.4 | Spezielles therapeutisches Personal | 15 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 16 |
| A-12.1 | Qualitätsmanagement | 16 |
| A-12.1.1 | Verantwortliche Person | 16 |
| A-12.1.2 | Lenkungsgremium | 16 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 16 |

| | | |
|------------|---|----|
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person | 16 |
| A-12.2.2 | Lenkungsgremium | 16 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 17 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems | 17 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen | 17 |
| A-12.3 | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 17 |
| A-12.3.1 | Hygienepersonal | 17 |
| A-12.3.2 | Weitere Informationen zur Hygiene | 18 |
| A-12.3.2.1 | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen | 18 |
| A-12.3.2.2 | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie | 18 |
| A-12.3.2.3 | Umgang mit Wunden | 18 |
| A-12.3.2.4 | Händedesinfektion | 19 |
| A-12.3.2.5 | Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) | 19 |
| A-12.3.2.6 | Hygienebezogenes Risikomanagement | 20 |
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 20 |
| A-12.5 | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) | 21 |
| A-12.5.1 | Verantwortliches Gremium | 21 |
| A-12.5.2 | Verantwortliche Person | 21 |
| A-12.5.3 | Pharmazeutisches Personal | 21 |
| A-12.5.4 | Instrumente und Maßnahmen | 21 |
| A-12.6 | Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 24 |
| A-12.6.1 | Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen | 24 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 25 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 25 |
| A-14.1 | Teilnahme an einer Notfallstufe | 25 |
| A-14.2 | Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 25 |
| A-14.3 | Teilnahme am Modul Spezialversorgung | 25 |
| A-14.4 | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 25 |

| | | |
|------------|---|----|
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 26 |
| B-1 | Psychiatrische Tagesklinik | 26 |
| B-1.1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 26 |
| B-1.2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 26 |
| B-1.3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | 27 |
| B-1.4 | [unbesetzt] | 27 |
| B-1.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 27 |
| B-1.6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 27 |
| B-1.7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 28 |
| B-1.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 28 |
| B-1.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 29 |
| B-1.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 29 |
| B-1.11 | Personelle Ausstattung | 29 |
| B-1.11.1 | Ärztinnen und Ärzte | 29 |
| B-1.11.2 | Pflegepersonal | 30 |
| B-1.11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 31 |
| C | Qualitätssicherung | 32 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 33 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 33 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 33 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 33 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 33 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 33 |

| | | |
|------|--|----|
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 34 |
| C-8 | Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr | 34 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 34 |

QBK 2022



Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A

QBX

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH
Institutionskennzeichen: 510201902
Standortnummer: 772970000
Standortnummer (alt):
Straße: Budapester Straße 38
PLZ / Ort: 20359 Hamburg
Adress-Link: <https://www.uke.de/organisationsstruktur/-tochtergesellschaften/janssen-haus/index.html>
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Ärztliche Leitung

Name: Christoph Hentrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Pflegedienstleitung

Name: Isabel Gasch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Gesundheits- und Krankenpflegerin
Telefon: 040 / 317 85 – 20
Telefax: 040 / 317 85 – 210
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Verwaltungsleitung

Name: Dr. Christina Meigel-Scheiff
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Universitätsklinikum Eppendorf
Art: öffentlich
Internet: <https://www.uke.de>

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses



**Psychiatrische Tagesklinik
Hamburg-Mitte GmbH
Janssen-Haus**
Geschäftsführung: Dr. Ch. Meigel-Schleiff
6.5.2015

| | |
|-------------|-------------------|
| Organigramm | Anlage 1 zu 1.1.1 |
|-------------|-------------------|



A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------|---|
| MP02 | Akupunktur |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/–beratung/–seminare |
| MP56 | Belastungstraining/–therapie/Arbeitserprobung |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot |
|------------|---|
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| MP27 | Musiktherapie |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst |
| MP63 | Sozialdienst |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------------|---|--|
| NM69 | Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | Spinte, Gemeinschafts-/Aufenthaltsraum für die Patient:innen der tagesklinischen Behandlung. |
| NM49 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | |
| NM66 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | Unsere Küche ist vegetarisch ausgerichtet. Es kann auch veganes Essen bestellt werden. Einmal in der Woche gibt es ein Fleischgericht. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu entfällt

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 26

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 0

Teilstationäre Fälle: 190

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 849

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 2,66 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,66 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,7 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,96 |

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Fachärztinnen und Fachärzte | 2,66 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,66 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,7 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,96 |

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 2,23 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,23 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2,21 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,02 | |

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | 0,84 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,84 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,83 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,01 |

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|--|---------------------------|
| Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten | 1,96 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,96 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,93 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,03 |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen | 2,04 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,04 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,95 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,09 |

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|------------|--|---------------------------|
| SP05 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | 1,96 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,96 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 1,93 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0,03 |
| SP23 | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe | 0,84 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,84 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 0,83 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0,01 |
| SP25 | Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter | 2,04 |
| | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,04 |
| | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| | – davon stationäre Versorgung | 1,95 |
| | – davon ambulante Versorgungsformen | 0,09 |

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Hartmut Woelke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementkoordinator/Ergotherapeut
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Mitarbeiter
Tagungsfrequenz: wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Christoph Hentrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Mitarbeiter
Tagungsfrequenz: wöchentlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: N. Barta Letzte Aktualisierung: 23.02.2021 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|-----------------------------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | Letzte Aktualisierung: 21.01.2019 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | Frequenz: bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | Frequenz: bei Bedarf |

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Klinische Visite, Kurvenvisite, tägl. Teamsitzung, Supervision, Intervention

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Es wird kein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem eingesetzt.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | Anzahl ¹ | Kommentar / Erläuterung |
|--|---------------------|---|
| Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker | 0 | Externe Fachkraft, wie Hygienefachkraft (HFK) |

| | Anzahl ¹ | Kommentar / Erläuterung |
|---|---------------------|-------------------------|
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 | Externe Fachkraft |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 | |

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Christoph Hentrich
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
 Telefon: 040 / 317852 – 0
 Telefax: 040 / 317852 – 10
 E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: jährlich

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: nein

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|--|----|
| 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 die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

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

| Der Standard thematisiert insbesondere | |
|---|-----------|
| Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹ | nein |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen | teilweise |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten | ja |

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme |
|------|--|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Nr. | Lob- und Beschwerdemanagement | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| BM01 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | |
| BM02 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | |
| BM03 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | |
| BM04 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | |
| BM05 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | |
| BM06 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | Birgit Linschmann FÄ f. Neurologie / FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie Telefon: 040 / 317852 – 0 Telefax: 040 / 317852 – 10 E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de |
| BM07 | Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | Birgit Linschmann FÄ f. Neurologie / FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie Telefon: 040 / 317852 – 0 Telefax: 040 / 317852 – 10 E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de |
| BM08 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | |
| BM10 | Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt | |

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

Es ist ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe eingerichtet, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

Name: Visite
 Beteiligte Abteilungen / Alle Ärzt:innen
 Funktionsbereiche:

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Christoh Hentrich
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
 Telefon: 040 / 317852 – 0
 Telefax: 040 / 317852 – 10
 E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | Anzahl ¹ |
|------------------------------------|---------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 1 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

¹ Anzahl der Personen

Bezug durch ext. Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte

Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese – 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 weiter-behandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittel-verordnungen erfolgt.

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| AS01 | Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS02 | Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | |
| AS03 | Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | Name: Alle Ärzt:innen Letzte Aktualisierung: 23.03.2021 |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---|
| AS04 | Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | |
| AS05 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Name: Alle Ärzt:innen Letzte Aktualisierung: 23.03.2021 |
| AS06 | Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Verordnungspraxis | Name: Qualitätsmanagement Letzte Aktualisierung: 30.06.2017 |
| AS07 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | |
| AS09 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | Zubereitung durch pharmazeutisches Personal |
| AS11 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| AS12 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| AS13 | Entlassung: 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 (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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.

Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Psychiatrische Tagesklinik

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Psychiatrische Tagesklinik
Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Christoph Hentrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Arzt
Telefon: 040 / 317852 – 0
Telefax: 040 / 317852 – 10
E-Mail: info@tagesklinik-hh-mitte.de
Straße: Budapester Straße 38
PLZ / Ort: 20359 Hamburg

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik |
|------|---|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik |

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 190 |
| Erläuterungen: | Aufnahmen ohne Überlieger |
| Anzahl Betten: | 26 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|------|-----|--|----------|
| 1 | F33 | Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit | 79 |
| 2 | F32 | Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode | 38 |
| 3 | F43 | Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben | 19 |

| Rang | ICD | Bezeichnung | Fallzahl |
|-------|-----|---|----------|
| 4 | F60 | Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung | 13 |
| 5 – 1 | F31 | Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit | 9 |
| 5 – 2 | F20 | Schizophrenie | 9 |
| 7 – 1 | F25 | Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffective Störung | 6 |
| 7 – 2 | F41 | Sonstige Angststörung | 6 |
| 9 – 1 | F22 | Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten | < 4 |
| 9 – 2 | F40 | Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen | < 4 |

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS | Bezeichnung | Anzahl |
|------|-------|---|--------|
| 1 | 9-649 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen | 1.468 |
| 2 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 159 |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Janssen-Haus Psychiatrische Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

| Nr. | Angebote Leistung |
|------|---|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |

| Nr. | Angebote Leistung |
|------|----------------------------|
| VP12 | Spezialsprechstunde |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 2,66 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,66 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,7 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,96 |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte | 2,66 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,66 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,7 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,96 |

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ42 | Neurologie |

| Nr. | Facharztbezeichnung |
|------|--------------------------------|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|-----------------------------------|
| ZF02 | Akupunktur |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

| | Anzahl ¹ | Ausbildungs- dauer |
|---|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kranken- pfleger | 2,23 | 3 Jahre |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,23 | |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| – davon stationäre Versorgung | 2,21 | |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,02 | |

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikationen

| Nr. | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP24 | Deeskalationstraining |

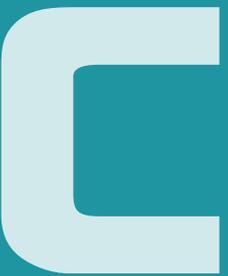
**B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal
in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

| Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl¹ |
|--|---------------------------|
| Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen | 0,84 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,84 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 0,83 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,01 |
| Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten | 1,96 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,96 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,93 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,03 |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen | 2,04 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,04 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| – davon stationäre Versorgung | 1,95 |
| – davon ambulante Versorgungsformen | 0,09 |

¹ Anzahl der Vollkräfte



Qualitätssicherung



QBX

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

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht teil.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

| | Anzahl ² |
|---|---------------------|
| 1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungs-verpflichtete Personen) | 3 |
| 2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 3 |
| 3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 3 |

¹ nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

² Anzahl der Personen

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.



erstellt mit QBX 2022