

2023

Referenzbericht

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene
Schwedt/Oder

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 2023

Übermittelt am: 12.12.2024
Automatisch erstellt am: 23.01.2025
Layoutversion vom: 23.01.2025



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).



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	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	30
B-1	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene Schwedt/Oder	30
C	Qualitätssicherung	35
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	35
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	37
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	37
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	37
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	38
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	39
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	52
-	Diagnosen zu B-1.6	53
-	Prozeduren zu B-1.7	53



- Einleitung

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: Saatmann GmbH
Produktnname: Saatmann Qualitätsbericht
Version: 2024.4

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Ltg. ZB Medizincontrolling/QS
Titel, Vorname, Name: Jana Richter
Telefon: 03334/69-1675
Fax: 03334/69-2467
E-Mail: jana.richter@glg-mbh.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Marita Schönemann
Telefon: 03331/271-425
Fax: 03331/271-444
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-angermuende.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.glg-gesundheit.de>
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

A-1 **Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Krankenhaus

Krankenhausname: GLG MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Angermünde
Hausanschrift: Rudolf-Breitscheid-Straße 37
16278 Angermünde
Institutionskennzeichen: 261200424
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>
Telefon: 03331/271-0
E-Mail: info@krankenhaus-angermuende.de

Ärztliche Leitung

Position: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Lorenz Gold
Telefon: 03331/271-410
Fax: 03331/271-399
E-Mail: lorenz.gold@krankenhaus-angermuende.de

Position: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Arntzen
Telefon: 03331/271-113
Fax: 03331/271-294
E-Mail: arntzen@krankenhaus-angermuende.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name: Heike Rakow
Telefon: 03331/271-450
Fax: 03331/271-444
E-Mail: heike.rakow@krankenhaus-prenzlau.de

Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Marita Schönemann
Telefon: 03331/271-425
Fax: 03331/271-444
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-angermuende.de



Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene Schwedt/Oder
Hausanschrift: Bahnhofstraße 28
Institutionskennzeichen: 16303 Schwedt
261200424
Standortnummer: 771370000
Standortnummer alt: 02
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>

Ärztliche Leitung

Position: Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name: Mariola Zmyslona-Schlak
Telefon: 03332/2094-0
Fax: 03332/2094-23
E-Mail: mariola.zmyslona-schlak@krankenhaus-angermuende.de

Position: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Lorenz Gold
Telefon: 03331/271-410
Fax: 03331/271-399
E-Mail: lorenz.gold@krankenhaus-angermuende.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleiterin
Titel, Vorname, Name: Heike Rakow
Telefon: 03331/271-450
Fax: 03331/271-444
E-Mail: heike.rakow@krankenhaus-prenzlau.de

Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name: Marita Schönemann
Telefon: 03331/271-425
Fax: 03331/271-444
E-Mail: marita.schoenemann@krankenhaus-angermuende.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: GLG MSZ Uckermark gGmbH Krankenhaus Angermünde
Art: öffentlich



A-3

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein

Lehrkrankenhaus: Ja

Name Universität: Pommersche Medizinische Universität Szczecin (Republik Polen)



A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	Während des Aufenthalts wird unseren Patienten zur Schmerzentlastung, Minderung von Angstgefühlen und Suchtverlangen, bei depressiver Verstimmung, zur Entspannung, bei Ein- u. Durchschlafstörungen, 1-2 mal wöchentlich Akupunktur angeboten. Zusätzlich wird eine homöopathische Sprechstunde angeboten.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Monatliche Angehörigentreffen mit persönlicher Einladung, zur Beratung und zum Austausch, geführt vom Chefarzt und der Leiterin des Sozialdienstes; regelmäßige Gespräche mit Angehörigen auf jeder Station, fachspezifische Beratungen: Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, psychoonkologischer Dienst
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Über den Sozialdienst erfolgt im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung unserer Patienten die Beratung und Organisation zu einer Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme. Es finden individuelle Berufsberatungen statt.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Es finden individuelle Gruppen je nach Belastbarkeit statt: Gymnastik, Sporttherapie (Walken, Rad fahren), Nordic Walking, Fitness
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Geschultes Personal, speziell die onkologische Fachkraft und die Diabetesberaterin, führen Einzelberatungen zu Ernährung bei onkologischen Grunderkrankungen und Diabetes durch. Sie beraten nach Anforderung auf allen Stationen und schulen regelmäßig das Personal.
MP15	Entlassmanagement/Brückepflege/Überleitungspflege	Für beide Abteilungen erfolgt die Vorbereitung und Umsetzung der Entlassung unserer Patienten nach klinikspezifischen Standards.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie werden die motorischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten unserer Patienten wieder hergestellt oder verbessert. Lebenspraktische Übungen sind in diesen Therapien eingeschlossen manuelle Therapie oberer Extremitäten, Taping zur Stabilisierung
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Fallbesprechungen und Helferkonferenzen finden regelmäßig statt.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Tanztherapie ist zusätzlich im Angebot.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Als Einzeltherapien werden alle gängigen Therapieformen (wie beispielsweise Vestibularistraining, Ergometertraining und weitere Spezialtherapien) angeboten, aber auch verschiedene Tests (6 min Gehstest, definierte Gehstrecke, provoziertes Sputum) werden durchgeführt.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Nichtraucherkurse
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	psychotherapeutische Vorgespräche, Gruppengespräche tiefenpsychologisch/verhaltenserapeutisch orientiert, Krisengespräche, Testdiagnostik (PSSI), Psychoedukation,
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Rückenschule findet nach ärztlicher Anordnung mehrmals wöchentlich in Gruppen und einzeln statt.
MP37	Schmerztherapie/-management	Es wird nach den allgemeinen Schmerztherapieleitlinien sowie spezifischen Standards für unterschiedliche Schmerzursachen gearbeitet. Zur Erfolgskontrolle nutzen wir Schmerzskalen.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	regelmäßige Gespräche mit Angehörigen auf jeder Station, fachspezifische Beratungen: Sturzprophylaxe, Entlassmanagement, psychoonkologischer Dienst, Familienberatung, Angehörigengruppen, Unterstützung bei nachstationärem Hilfe- und Hilfsmittelbedarf
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Durch die Physiotherapeuten werden Entspannungsverfahren wie "Konzentратiv Entspannung nach Wilda - Kiesel" und "Jacobsentraing" angeboten.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Es finden regelmäßig wöchentlich Treffen mit Selbsthilfegruppen statt. Der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin und der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin arbeiten regelmäßig mit den SH-gruppen "Herz Uckermark" und "Depression" in Templin zusammen.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Verordnung Arbeitserprobung und Wiedereingliederung nach dem "Hamburger Modell", Expositionstraining
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Konzentrationstraining wird bei Bedarf durchgeführt. REHACOM am Computer kombiniert mit Papier und Bleistift für zu Hause; Mental Working,
MP63	Sozialdienst	Sozialtherapeutisches Kompetenztraining, Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich und im Arbeitsbereich, Familienberatung, sozialpädagogische und -therapeutische Gruppen und Informationsrunden, Klärung Anspruchsvoraussetzung gegenüber Leistungsträgern, Beratung und Antragstellung
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es finden regelmäßig Bürgerforen für ausgewählte Erkrankungen statt. Diese werden von den Chefarzten unserer Klinik durchgeführt.



A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7

Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position:

.

Titel, Vorname, Name:

...

Telefon:

03331/271-0

Fax:

271/03331-444

E-Mail:

info@krankenhaus-angermuende.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
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Bei Bedarf auf Anforderung möglich.



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

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	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Das Krankenhaus Angermünde ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Stettin. Es steht Medizinstudenten aller deutschen Universitäten zur Ableistung von Famulaturen zur Verfügung.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
HB09	Logopädin und Logopäde	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 113

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	127
Ambulante Fallzahl:	0
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)	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	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
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	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,82	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,82	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13	
Personal in der stationären Versorgung	2,69	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

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	

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,05	
Personal in der stationären Versorgung	0,95	



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,88	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,04	
Personal in der stationären Versorgung	0,43	

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

Genesungsbegleitung		
Anzahl (gesamt)	0,00	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,88	



SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl (gesamt)	0,19	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,19	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,19	

SP20 Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Anzahl (gesamt)	0,10	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,10	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,10	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,05	
Personal in der stationären Versorgung	0,95	

SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl (gesamt)	0,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,04	
Personal in der stationären Versorgung	0,43	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Laura Marie Peters
Telefon: 03331/271-477
Fax: 03331/271-247
E-Mail: laura.peters@glg-mbh.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Qualitätslenkungsausschusssitzung geführt von der Verwaltungsdirektorin und der
Funktionsbereiche: QMB des Krankenhauses Angermünde mit Beteiligung der Qualitätsbeauftragten
aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich.
Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Dr. Luise Dierker
Telefon: 03334/69-2466
Fax: 03334/69-246
E-Mail: luise.dierker@glg-mbh.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
Beteiligte Abteilungen Qualitätslenkungsausschusssitzung geführt von der Verwaltungsdirektorin und der
Funktionsbereiche: QMB des Krankenhauses Angermünde mit Beteiligung der Qualitätsbeauftragten aus
dem ärztlichen und pflegerischen Bereich.
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	Name: Qualitätsmanagementhandbuch GLG MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Angermünde vom 31.12.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) vom 31.12.2019
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) vom 31.12.2019
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) vom 31.12.2019

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem
eingerichtet: Nein
Tagungsfrequenz: – (vgl. Hinweis im Vorwort)
Maßnahmen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von
einrichtungsübergreifenden
Fehlermeldesystemen: Nein



A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Leitender Chefarzt

Titel, Vorname, Name: Dr. med. Christoph Arntzen

Telefon: 03331/271-113

Fax: 03331/271-294

E-Mail: arntzen@krankenhaus-angermuende.de



Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	CA Dr. T. Talaska Stabsstelle Krankenhaushygiene GLG 16225 Eberwalde Rudolf-Breitscheid-Str. 36 Dr. D. Cesarz Stellvertretende CÄ Krankenhaushygiene 16225 Eberswalde Rudolf-Breitscheid-Str. 100
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	Dr. Elmar Grimm Weisungsbefugnis zu hygienerelevanten Entscheidungen Unterstützung der Arbeit der HFK Unterstützung bei der Einhaltung der Hygienerichtlinien und Maßnahmen der Infektionsprävention Anregung von Verbesserungen der Hygienepläne, der Funktionsabläufe sowie aller Maßnahmen der Infektionsprävention Anleitung und fachliche Führung der hygienebeauftragten Ärzte der jeweiligen Kliniken Aktive Beteiligung an der medizinischen Führungsverantwortung im Fall eines Ausbruchsgeschehens
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen Vermitteln von Maßnahmen und Inhalten von Hygieneplänen Mitwirkung bei der Erstellung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen Durchführung hygienisch-mikrobiologischer Untersuchungen Mitwirkung bei der Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen Durchführung von Begehungen aller Bereiche Durchführung spezifischer Hygienefortbildungen in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker



Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Hygienebeauftragte in der Pflege	5	Multiplikatoren hygienerelevanter Fragen, Aufgaben und Pflichten: Unterstützung der HFK bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen, Regelhafte Teilnahme an hygienespezifischen Weiterbildungen, Mitwirkung an der Erstellung bereichsspezifischer Standards, Umsetzung und Schulung von Hygienepraktiken, Mitwirkung an der Erkennung und Bewältigung eines Ausbruchsgeschehens

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	21,00
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	85,00



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 Besiedelung 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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		



A-12.4

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Die Patienten, Angehörigen, Besucher und Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Meinung, Hinweise und Kritik zu äußern. Unser Beschwerdemanagement dient der Steigerung der Servicequalität, der Wiederherstellung von Kundenzufriedenheit, der Vermeidung und Reduzierung von Fehler-, Folge- und Beschwerdekosten sowie der Nutzung der Beschwerdeinformationen im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und dem Informationsgewinn und der Ursachenanalyse.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Beschwerden werden schriftlich wie auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Werktagen. Die Ergebnisse werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, koordiniert und überwacht. Die Krankenhausbetriebsleitung wird über die Ergebnisse informiert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Beschwerden werden auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Werktagen. Ergebnisse werden analysiert und Maßnahmen werden abgeleitet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Beschwerden werden schriftlich wie auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Werktagen. Die Ergebnisse werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, koordiniert und überwacht. Die Krankenhausbetriebsleitung wird über die Ergebnisse informiert.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Beschwerden werden schriftlich wie auch mündlich entgegen genommen. Eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von 3 Werktagen. Die Ergebnisse werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, koordiniert und überwacht. Die Krankenhausbetriebsleitung wird über die Ergebnisse informiert.



Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Möglich über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, durch telefonische Beschwerdeaufnahme oder Abgabe von Online-Bewertungen auf Bewertungsportalen.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Seit 2017 erfolgt die systematische Patientenbefragung auf Basis des standardisierten Fragebogens des CLINOTEL-Krankenhausverbundes mit Benchmarking der Ergebnisse.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position:	Sekretärin der Verwaltungsdirektion
Titel, Vorname, Name:	Peggy Meier
Telefon:	03331/271-425
Fax:	03331/271-444
E-Mail:	peggy.meier@krankenhaus-angermuende.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar:	Des Weiteren finden in der Klinik für Psychiatrie monatlich strukturierte Patientenvertreterrunden statt, bei denen die Patienten zusätzlich Kritik und Lob äußern können.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)



Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: [— \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: [— \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)



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:	Leiterin Apotheke
Titel, Vorname, Name:	Manuela Krebs
Telefon:	03334/69-2335
Fax:	03334/69-2435
E-Mail:	apotheke@glg-mbh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 7

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 8

Erläuterungen: Das hier aufgeführte pharmazeutische Personal ist zentralisiert am Standort Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus und für alle Krankenhäuser und Standorte des GLG-Verbundes zuständig.

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 und Ähnliches) 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

ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

ASo2 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 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

ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo8 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

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)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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



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 unter anderem 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

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

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja	
AA10	Elektroenzephalographie-gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	auch ambulant möglich

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Folgende Voraussetzungen wurden erfüllt:

Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder
Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die
Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der
Notfallversorgung teilnehmen

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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 3 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 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene Schwedt/Oder

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene Schwedt/Oder"

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Art: Tagesklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie für
Erwachsene
Schwedt/Oder

Ärztliche Leitung

Chefarztin oder Chefarzt:

Position: Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Lorenz Gold
Telefon: 03331/271-410
Fax: 03331/271-399
E-Mail: lorenz.gold@krankenhaus-angermuende.de
Anschrift: Rudolf-Breitscheid-Straße 37
16278 Angermünde
URL: <https://www.glg-gesundheit.de>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
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	



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
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	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 127

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
Angebotene Leistung:	Sonstige im Bereich Psychiatrie (VP00)

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)	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 Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
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 Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-1.11.2

Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,82	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,82	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,13	
Personal in der stationären Versorgung	2,69	
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.11.3

Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,05	
Personal in der stationären Versorgung	0,95	
Fälle je Anzahl	0,00000	



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,88	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,04	
Personal in der stationären Versorgung	0,43	
Fälle je Anzahl	0,00000	



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	von	Dokumen-ta-tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschriftermacher-Implantation (09/1)	0			0	
Herzschriftermacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschriftermacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0			0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	30		100	0	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	
Zähllistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	
Zähllistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTx)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTx)	0			0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0			0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	158		100	0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTx)	0			0	

C-1.2.[-]

Ergebnisse der Qualitätssicherung

– (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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
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.	1
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 Anhaltszahlen 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 differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	ST 8
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Behandlungsbereich	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	98

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	885



Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	69

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q1]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	411
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	527
Umsetzungsgrad	128,19

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1256
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1904
Umsetzungsgrad	151,61



Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	352
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	408
Umsetzungsgrad	115,91

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	586
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	531
Umsetzungsgrad	90,55

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	63
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	0
Umsetzungsgrad	0

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	231
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	308
Umsetzungsgrad	133,33

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	ST 8
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Behandlungsbereich	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	43
Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	944
Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	10

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q2]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	384
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	473
Umsetzungsgrad	123,1

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1136
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1235
Umsetzungsgrad	108,69



Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	345
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	376
Umsetzungsgrad	108,99

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	572
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	435
Umsetzungsgrad	76,12

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	57
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	0
Umsetzungsgrad	0

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	220
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	298
Umsetzungsgrad	135,34

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	ST 8
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Behandlungsbereich	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	60
Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	982
Behandlungsbereich	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	11
Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	49



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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q3]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	427
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	453
Umsetzungsgrad	106,01

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1294
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1359
Umsetzungsgrad	104,99



Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	376
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	384
Umsetzungsgrad	102,13

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	623
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	406
Umsetzungsgrad	65,19

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	64
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	0
Umsetzungsgrad	0

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	244
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	296
Umsetzungsgrad	121,21

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	ST 8
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Behandlungsbereich	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	28
Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	945
Behandlungsbereich	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung
Behandlungsumfang	9
Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	37



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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q4]

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	392
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	401
Umsetzungsgrad	102,19

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1168
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1353
Umsetzungsgrad	115,84



Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	355
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	320
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	586
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	387
Umsetzungsgrad	66,07

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	59
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	0
Umsetzungsgrad	0

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	226
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	175
Umsetzungsgrad	77,32

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :nein

C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-1.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).