

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

Tagesklinik Cochem

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.9 am 12.01.2022 um 10:37 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	9
A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	12
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	13
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-12.1 Qualitätsmanagement	15
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	15
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	21
A-13 Besondere apparative Ausstattung	26
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	26
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	26
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	27
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28

B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	28
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	29
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	29
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	30
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	30
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[1].11 Personelle Ausstattung	31
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	31
B-11.2 Pflegepersonal	31
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	32
Teil C - Qualitätssicherung	34
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	34
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	34
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	34
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	34
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	34
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	34
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	34

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Einleitungstext

Die Tagesklinik Cochem der Rhein-Mosel Fachklinik Andernach ist eine teilstationäre, gemeindenahe Einrichtung zur Behandlung von erwachsenen Personen, mit psychischen Erkrankungen.

Die Tagesklinik bietet den Patienten ein strukturiertes Programm in einer therapeutischen Gemeinschaft. Ziel der Behandlung ist das Erkennen von psychischen Erkrankungen, die Heilung oder Linderung von Krankheitsbeschwerden.

Krankmachende Umwelteinflüsse auf die Psyche werden herausgearbeitet und Informationen über seelische Krankheiten vermittelt. Daneben sollen neue Wege im Umgang mit der Krankheit und ihre Folgen besprochen werden.

Das Therapiekonzept ist ganzheitlich und sozial-psychiatrisch orientiert. Mit jedem Patienten wird zu Beginn des Aufenthaltes nach einer gründlichen Diagnostik das individuelle Behandlungsziel erarbeitet.

Zum Abend, an den Wochenenden und an den Feiertagen kehren die Patienten in ihre gewohnte häusliche Umgebung zurück.

Wir nehmen Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr auf, bei denen einerseits die ambulante Behandlung ihrer psychischen Erkrankung nicht ausreicht, die jedoch andererseits so stabil sind, dass sie keiner vollstationären Behandlung bedürfen.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Dr. Thorsten Junkermann
Position	Kaufmännischer Direktor
Telefon	02632 / 4075344
Fax	02632 / 4075806
E-Mail	t.junkermann@landeskrankenhaus.de

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

Name	Dr. Thorsten Junkermann
Position	Kaufmännischer Direktor
Telefon.	02632 / 4075344
Fax	02632 / 4075806
E-Mail	t.junkermann@landeskrankenhaus.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.landeskrankenhaus.de/rhein-mosel-fachklinik-andernach/unser-angebot/teilstationaere-ambulante-angebote/psychiatrische-tageskliniken
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Rhein-Mosel-Fachklinik
Institutionskennzeichen	260710759
Hausanschrift	Vulkanstraße 58 56626 Andernach
Postanschrift	Vulkanstraße 58 56626 Andernach
Telefon	02632 / 4070
E-Mail	info@rmf.landestkrankenhaus.de
Internet	https://www.landestkrankenhaus.de/rhein-mosel-fachklinik-andernach

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Ingo Weisker	Ärztlicher Direktor	02632 / 4075496	02632 / 4075825	i.weisker@rmf.landestkrankenhaus.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Rita Lorse	Pflegedirektorin	02632 / 4075288	02632 / 4075801	r.lorse@rmf.landestkrankenhaus.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Thorsten Junkermann	Kaufmännischer Direktor	02632 / 4075344	02632 / 4075806	t.junkermann@landestkrankenhaus.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Tagesklinik Cochem
Institutionskennzeichen	260710759
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis alte Standortnummer	772439000
Hausanschrift	Avallonstraße 30 56812 Cochem
Postanschrift	Avallonstraße 30 56812 Cochem
Internet	https://www.landestkrankenhaus.de/rhein-mosel-fachklinik-andernach/unser-angebot/teilstationaere-ambulante-angebote/psychiatrische-tageskliniken

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Ingo Weisker	Ärztlicher Direktor	02632 / 4075496	02632 / 4075825	i.weisker@rmf.landestkrankenhaus.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Rita Lorse	Pflegedirektorin	02632 / 4075288	02632 / 4075801	r.lorse@rmf.landestkrankenhaus.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Thorsten Junkermann	Kaufmännischer Direktor	02632 / 4075344	02632 / 4075806	t.junkermann@landestkrankenhaus.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name Landeskrankenhaus -Anstalt des öffentlichen Rechts-
 Art öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus Akademisches Lehrkrankenhaus
 Universität

- Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Armin Kabat
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Vertrauensperson behinderter Menschen
Telefon	02632 / 40715151
Fax	
E-Mail	a.kabat@rmf.landeskrankenhaus.de

A7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Einsatz im Rahmen der Praktischen Ausbildung
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Einsatz im Rahmen der praktischen Ausbildung
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	15
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	67
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,97
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,60

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,25

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,53

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,27

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,12

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,70
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,70

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,27
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,12
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	1,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,53
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	0,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,70
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,70
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Valeska Herrmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stabstelle Projekt- und Qualitätsmanagement
Telefon	02632 407 5207
Fax	02632 407 5801
E-Mail	v.herrmann@rmf.landestkrankenhaus.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Benannte Vertreter aus dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich sowie benannte Vertreter der Verwaltung treffen sich in einem regelmäßigen Turnus.
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Valeska Herrmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stabstelle Projekt- und Qualitätsmanagement
Telefon	02632 407 5207
Fax	02632 407 5801
E-Mail	v.herrmann@rmf.landestkrankenhaus.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QMRM-Dokumentation) liegt vor	Verblisterungskonzept 2020-07-03
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verfahrensanweisung medizinischer Notfall und mitgeltende Dokumente 2020-08-25
RM05	Schmerzmanagement	Standard 2018-06-12
RM06	Sturzprophylaxe	Leitlinie zur Umsetzung des Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 2020-09-30
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Leitlinie zur Umsetzung Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung 2017 2020-09-30
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Leitlinien für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und mitgeltende Verfahren und Dokumente 2020-04-24
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Organisationshandbuch Technische Medizinprodukte (Medizingeräte) 2019-10-10
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Konzept zu Entlassmanagement §39; Leitlinie zur Umsetzung Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 2. Aktualisierung 2019 2020-07-01

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? Ja

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? Ja

Tagungsfrequenz monatlich

Umgesetzte CIRS-Fehlermeldeverfahren

Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2019-07-12
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und 1 Externer Berater: PD Dr. med. Christian Brandt,
Krankenhaushygienikerinnen PD Dr. Dr. Christian Brandt Leiter der Sektion
Krankenhaus- und Umwelthygiene |
Universitätsklinikum Heidelberg

Hygienebeauftragte Ärzte 1
und hygienebeauftragte
Ärztinnen Psychiatrie

Hygienefachkräfte (HFK) 2 davon eine HFK momentan in
Fachweiterbildung

Hygienebeauftragte in der 1 Für jede Station eine ausgebildete
Pflege Hygienebeauftragte Pflegekraft

Eine Hygienekommission wurde Ja
eingesetzt

Tagungsfrequenz der halbjährlich
Hygienekommission

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Ingo Weisker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	02632 407 15496
Fax	02632 407 5825
E-Mail	i.weisker@landeskrankenhaus.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern? Ja

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? ja

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor? nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Nein

Ist eine Intensivstation vorhanden? Nein

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

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

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). ja

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE/MRSA-Netzwerk Mayen-Koblenz	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	bei Bedarf	Jährliche Pflichtfortbildung für medizinisches Personal (E-Learning), jährliches Infektiologie- und Hygieneforum, hygienerelevante Schulungen zu aktuellen Hygienethemen auf den Stationen, Anlassbezogene Fortbildung zur Hygienebeauftragten in der Pflege

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input type="checkbox"/> ja	Entsprechende Formulare liegen auf der Station aus und können in dafür vorgesehene Briefkästen bzw. persönlich beim Personal abgegeben werden.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input type="checkbox"/> ja	Das Konzept steht den Mitarbeitern zentral im Intranet zur Verfügung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	werden individuell und situativ zeitnah bearbeitet
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	Liegen in die Verantwortung des Kaufmännischen Direktors
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input type="checkbox"/> nein	Soweit möglich werden Beschwerden direkt beantwortet bzw. erfolgt eine Stellungnahme innerhalb einer Woche.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input type="checkbox"/> Ja	◦ Der Kaufmännische Direktor ist verantwortlich.
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input type="checkbox"/> Ja	Frau Klaudia Bode Sprechstunde jeden Mittwoch von 13.00-14.00 Uhr im Haus der Pflegedirektion
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input type="checkbox"/> ja	◦ -Entsprechende Formulare liegen auf der Station aus und können in dafür vorgesehene Briefkästen gegeben werden - Klinikbewertungsportal www.klinikbewertungen.de
Patientenbefragungen	<input type="checkbox"/> ja	◦ -zur Zufriedenheit - standardisierter PEQ-Fragebogen, weiße Liste
Einweiserbefragungen	<input type="checkbox"/> ja	◦ Aktuelle Befragung 2018

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr Thorsten Junkermann	Kaufmännischer Direktor	02632 407 5322	0263 2 407 5806	t.junkermann@rmf.landeskrankenhaus.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Klaudia Bade	Patientenfürsprecherin	02632 407 5286	02632 407 5813	info@rmf.landeskrankenhaus.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr. Sanjiv Sarin
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Apotheker
Telefon	02632 407 5535
Fax	
E-Mail	s.sarin@rmf.landeskrankenhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4
Kommentar/ Erläuterung	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur AMTS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	ECP-Aufklärungsbögen von Thieme in verschiedenen Sprachen 2020-07-01	1. Als interne Standards durch Apotheker festgelegt und zugänglich für die Mitarbeiter im Intranet hinterlegt. 2. ECP-Aufklärungsbogensystem für die Mitarbeiter über das Intranet aufzurufen.
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	DIN EN ISO 9001:2008 2019-07-01	Prozessbeschreibungen für einen optimalen Medikationsprozess durch Ltd. Apotheker im Intranet hinterlegt
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input type="checkbox"/> Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. AIDKlinik®, mediQ®, Gelbe Liste, CGM Muse) Versorgung der Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch Krankenhausapotheke (Unit-Dose-System) in Kombination mit elektronischer Patientenakte (KIS)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	Validierung der elektronischen Verordnung durch Apotheker*in vor der Verblisterung.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	Für Entlasspatienten werden verblisterte Medikamente zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen mitgegeben.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

In der Tagesklinik Cochem werden die Patienten über Tag (ohne Nacht) betreut und therapiert. Eine Notfallversorgung der Patienten ist über einen Stationsarzt und ggf. über das nationale Notrufsystem 112 gewährleistet.

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

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Andreas Konrad
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	02632 / 4075598
Fax	
E-Mail	a.konrad@rmf.landeskrankenhaus.de
Strasse / Hausnummer	Avallonstraße 30
PLZ / Ort	56812 Cochem
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	67

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	1141	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	67	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-980	13	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
9-984	5	Pflegebedürftigkeit
1-207	< 4	Elektroenzephalographie [EEG]
3-200	< 4	Native Computertomographie des Schädels

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06
Fälle je VK/Person	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,97
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,60
Fälle je VK/Person	

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,25
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50
Fälle je VK/Person	

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,53
Fälle je VK/Person	

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,27
Fälle je VK/Person	

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,12
Fälle je VK/Person	

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,70
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,70
Fälle je VK/Person	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	2
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	1
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	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)

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt