



2024

Referenzbericht

Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord

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 2024

| | |
|--------------------------|------------|
| Übermittelt am: | 11.12.2025 |
| Automatisch erstellt am: | 17.03.2026 |
| Layoutversion vom: | 17.03.2026 |



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 § 136b Abs. 1 Nr. 3 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 | 5 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 6 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 6 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 7 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 9 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 10 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 10 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 18 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 31 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 31 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 33 |
| B-1 | Psychiatrisches Behandlungszentrum Nord und psychiatrische Tagesklinik | 33 |
| C | Qualitätssicherung | 41 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 41 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 49 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 49 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 49 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 50 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V | 51 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 51 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 52 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) | 53 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 68 |
| - | Diagnosen zu B-1.6 | 69 |
| - | Prozeduren zu B-1.7 | 73 |

- **Einleitung**

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: Saatmann GmbH
Produktname: Saatmann Qualitätsbericht
Version: 2025.4 SP1

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Ltg. Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name: Frau Carola Wiechmann
Telefon: 0421/497-81410
Fax: 0421/497-1981420
E-Mail: Carola.Wiechmann@gesundheitnord.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführende Krankhausdirektorin
Titel, Vorname, Name: Frau Vivien Voigt
Telefon: 0421/6606-1480
Fax: 0421/6606-1767
E-Mail: vivien.voigt@gesundheitnord.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.gesundheitnord.de/klinikum-bremen-nord/psychiatrisches-behandlungszentrum.html>
Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/kbn/kontakt.html>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Klinikum Bremen-Nord
Hausanschrift: Hammersbecker Straße 228
28755 Bremen
Postanschrift: Hammersbecker Straße 228
28755 Bremen
Institutionskennzeichen: 260400037
URL: <http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/kbn.html>
Telefon: 0421/6606-0
E-Mail: info@gesundheitnord.de

Ärztliche Leitung

Position: Geschäftsführung Medizin Gesundheit Nord gGmbH- Klinikverbund Bremen
Titel, Vorname, Name: Frau Dr. Dorothea Dreizehnter
Telefon: 0421/497-81002
Fax: 0421/497-1918009
E-Mail: dorothea.dreizehnter@gesundheitnord.de

Pflegedienstleitung

Position: Krankenhausdirektorin
Titel, Vorname, Name: Frau Anne Stradtman
Telefon: 0421/6606-1421
Fax: 0421/6606-1767
E-Mail: Anne.Stradtman@gesundheitnord.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführende Krankenhausdirektorin
Titel, Vorname, Name: Frau Vivien Voigt
Telefon: 0421/6606-1480
Fax: 0421/6606-1767
E-Mail: vivien.voigt@gesundheitnord.de



Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord
Hausanschrift: Aumunder Heerweg 83
28755 Bremen
Postanschrift: Aumunder Heerweg 83
28755 Bremen
Institutionskennzeichen: 260400037
Standortnummer: 772838000
URL: <https://www.gesundheitnord.de/klinikum-bremen-nord/psychiatrisches-behandlungszentrum.html>

Ärztliche Leitung

Position: Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name: Herr Dr. Martin Bührig
Telefon: 421/6606-1221
Fax: 421/6606-1241
E-Mail: Martin.Buehrig@Klinikum-Bremen-Nord.de

Pflegedienstleitung

Position: Klinikpflegeleitung
Titel, Vorname, Name: Herr Uwe Schale
Telefon: 421/6606-1100
Fax: 421/6606-1241
E-Mail: uwe.schale@klinikum-bremen-nord.de

Verwaltungsleitung

Position: Geschäftsführende Krankenhausdirektorin
Titel, Vorname, Name: Frau Vivien Voigt
Telefon: 0421/6606-1480
Fax: 0421/6606-1767
E-Mail: vivien.voigt@gesundheitnord.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name: Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen gGmbH, Klinikum Bremen-Nord
Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Ja
Name Universität: Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|-----------|
| MP11 | | |
| MP14 | | |
| MP15 | | |
| MP16 | | |
| MP17 | | |
| MP23 | | |
| MP25 | | |
| MP27 | | |
| MP28 | | |
| MP32 | | |
| MP34 | | |
| MP35 | | |
| MP40 | | |
| MP42 | | |
| MP52 | | |
| MP56 | | |
| MP59 | | |
| MP63 | | |
| MP64 | | |
| MP68 | | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Besondere Ausstattung des Krankenhauses | | | |
|---|------------------|------|-----------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM69 | | | |

| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | | |
|---|------------------|------|-----------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM07 | Rooming-in | | |
| NM09 | | | |
| NM49 | | | |
| NM60 | | | |
| NM66 | | | |
| NM68 | | | |

| Patientenzimmer | | | |
|-----------------|--|------|-----------|
| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Schwerbehindertenvertretung
 Titel, Vorname, Name: Frau Elena Heine
 Telefon: 0421/6606-3821
 E-Mail: sbv@klinikum-bremen-nord.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | | |
|--|---|-----------|
| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |

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

| | | |
|------|---|--|
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
|------|---|--|

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 |
|------|--|-----------|
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|------------------|
| BF25 | Dolmetscherdienste | |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Am Hauptstandort |

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

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|-----|------------------------------|-----------|
| | Diätische Angebote | |

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

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | |

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

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

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | |
| BF36 | Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige einer oder eines zur Behandlung aufgerufenen Patientin oder Patienten | |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | |
| BF38 | Kommunikationshilfen | |

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

| Nr. | Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|-----------|
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|---|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Praktische Ausbildung, zusammen mit Hauptstandort |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | Praktische Ausbildung, zusammen mit Hauptstandort |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | Praktische Ausbildung, zusammen mit Hauptstandort |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Praktische Ausbildung, zusammen mit Hauptstandort, Wahlmöglichkeit Vertiefung Psychiatrie |
| HB20 | Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | Praktische Ausbildung Kooperation mit der Hochschule Bremen |



| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|-----------------------------------|---|
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger | Praktische Ausbildung im Rahmen des PfIBG |

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 49

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|--|-------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 626 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 456 |
| Ambulante Fallzahl: | 12065 |
| 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) | 14,95 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 14,95 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,63 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 11,32 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 40,00 | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 4,37 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,37 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 3,37 | |

Belegärztinnen und Belegärzte

| | | |
|--------|---|--|
| Anzahl | 0 | |
|--------|---|--|

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | | |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt) | 39,77 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 39,77 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 3,13 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 36,64 | |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit | 38,50 | |

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

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 6,02 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,02 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 6,02 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 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 | |

Pflegfachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |



Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,64 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,64 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,64 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, 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 | |

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| | | |



Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, 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 | |

Medizinische Fachangestellte

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

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| | | |

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) | 3,99 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,99 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,74 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,25 | |

| Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten | | |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,93 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,93 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,70 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,23 | |

| Ergotherapeuten | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| | | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 8,53 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 8,53 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 4,31 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 4,22 | |

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

| Genesungsbegleitung | | |
|----------------------------|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,98 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| SPO5 Ergotherapeutin und Ergotherapeut | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,53 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,53 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,53 | |

| SP16 Musiktherapeutin und Musiktherapeut | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| | | |

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,63 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,63 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,00 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 1,63 | |

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 3,99 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,99 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,74 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,25 | |

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,93 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,93 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,70 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,23 | |

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |

SP26 Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

| | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| | | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Ltg. Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Frau Carola Wiechmann
 Telefon: 0421/497-81410
 Fax: 0421/497-1981420
 E-Mail: Carola.Wiechmann@gesundheitnord.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen – (vgl. Hinweis im Vorwort)
 Funktionsbereiche:
 Tagungsfrequenz: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Ltg. Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Frau Carola Wiechmann
 Telefon: 0421/497-81410
 Fax: 0421/497-1981420
 E-Mail: Carola.Wiechmann@gesundheitnord.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
 Beteiligte Abteilungen: Lenkungsgruppe Risikomanagement zu ökonomischem und klinischem
 Funktionsbereiche: Risikomanagement.
 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 | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM05 | Schmerzmanagement | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation vom 15.10.2024 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|--|
| Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | quartalsweise |
| Maßnahmen: | <p>Es wurden vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit umgesetzt. Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - seit 2017: DEKRA Zertifikat Patientensicherheit - Patientenidentifikationsarmbänder - OP-Sicherheitscheckliste - Audits (z.B. Arzneimitteltherapie-sicherheit, Notfall-, Pflege-, OP-, Eingriffs- und Entlassmanagement, Dokumentation) - M&M-Konferenzen - Strukturierte Fallanalysen nach London-Protokoll - Broschüre Sicherheit im Krankenhaus für Patienten |

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|--|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 06.08.2024 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | quartalsweise |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | quartalsweise |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|---------------|
| Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | quartalsweise |

| Nr. | Erläuterung |
|------|--|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer) |

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet: | Ja |
| Tagungsfrequenz: | halbjährlich |

Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Direktor
 Titel, Vorname, Name: Herr Dr. Frank Wösten
 Telefon: 0421/6606-1950
 E-Mail: frank.woesten@Klinikum-Bremen-Nord.de

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|-----------|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker | | |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | | |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 | |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 | |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel | |
|--|----|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor | ja |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Haendedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|---|---|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 14,00 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist. |

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterungen |
|------|--|---|--|
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | http://www.bremer-krankenhausspiegel.de/krankenhaushygiene/infektionsschutz-massnahmen/ | teils in den Daten der externen stationären Qualitätssicherung enthalten (Bremer Krankenhausspiegel) |
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS | |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | MRE-Netzwerk Land Bremen | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | | im Rahmen der Validierung und Kontrolle nach RKI. |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | Regelmäßige und anlassbezogene Schulungen. U.a. zur Durchführung der Händedesinfektion, zum hygienischen Umgang mit Punktionen, Infusionen und Injektionen, MRE, Blasenverweilkathetern und Abnahmen von Blutkulturen und Wundinfektionen. |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| LoB- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | ja | |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | ja | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | ja | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | ja | Anonyme Eingaben werden bewertet und inhaltlich im Qualitätsmanagement bearbeitet, soweit dies möglich ist. Art und Ort des Beschwerdeingangs sind hierbei nicht von Belang. |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt | ja | Patientenbefragung alle 2 Jahre. Zusätzlich finden stichtagsbezogene Befragungen im Rahmen von Fachzertifizierungen statt. |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt | ja | Einweiserbefragungen werden fachabteilungsspezifisch im Rahmen von Fachzertifizierungen durchgeführt. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|-----------------------|--|
| Position: | Ltg. Geschäftsbereich Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name: | Frau Carola Wiechmann |
| Telefon: | 0421/497-81410 |
| Fax: | 0421/497-1981420 |
| E-Mail: | Carola.Wiechmann@gesundheitnord.de |

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Link zum Bericht: | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar: | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name: Dr. Rainer Drognitz
Telefon: 0421/6606-1474
E-Mail: Patientenfuersprecher@klinikum-bremen-nord.de

Position: Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name: Frau Margarete Neudeck
Telefon: 0421/6606-1474
E-Mail: Patientenfuersprecher@klinikum-bremen-nord.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <https://www.gesundheitnord.de/kbn/aufenthalt/lob-kritik-anregungen.html>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: <http://www.bremer-krankenhausspiegel.de/patientenzufriedenheit.html>

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: | Vorsitz AMPK, Leiter des Instituts für Pharmakologie |
| Titel, Vorname, Name: | Prof. Dr. Bernd Mühlbauer |
| Telefon: | 0421/497-3562 |
| Fax: | 0421/497-3326 |
| E-Mail: | Bernd.Muehlbauer@klinikum-bremen-mitte.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|--|---|
| Anzahl Apotheker: | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: | 0 |

Erläuterungen: Die Zentralapotheke ist im Klinikum Bremen Mitte verortet und versorgt die Klinika der Gesundheit Nord gGmbH mit allen benötigten Arzneimitteln und diversen Medizinprodukten.

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, zum Beispiel 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller 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

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Sonstige elektronische Unterstützung (Arzneimittelliste)

Elektronische Arzneimittelliste mit Informationen zu Zusammensetzung (Wirkstoffe und Hilfsstoffe), Indikation, Dosierung, Neben- und Wechselwirkungen von gelisteten und nicht gelisteten Arzneimitteln, elektronische Arzneimittelanforderung aus SAP MM

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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?: ja

Kommentar:

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

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 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

| Schlüssel-Nr. | Beschreibung | Kommentar | Datum der letzten Überprüfung |
|---------------|---|--|-------------------------------|
| SK01 | Informationsgewinnung zur Thematik | Berufsübergreifende Informationsweitergabe in regelmäßigen Besprechungsterminen | |
| SK02 | Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen | Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | |
| SK03 | Aufklärung | Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | |
| SK04 | Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen | wird reevaluiert | 25.06.2025 |
| SK05 | Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten | Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | |
| SK06 | Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl | Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | |
| SK07 | Sonstiges | Weitere Präventionsmaßnahmen: z.B. Information über Kinderrechte für Patienten und deren Begleitung, Ampelsystem für die Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| SK08 | Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt | Überprüfung und Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | 25.06.2025 |
| SK10 | Handlungsempfehlungen zum Umgang/zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle | Überprüfung und Weiterentwicklung findet kontinuierlich statt | 25.06.2025 |

A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h verfügbar | Kommentar |
|------|--|---|---------------------------|--|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | Gerät zur Gefäßdarstellung | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Quer- schnitt mittels Röntgenstrahlen | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord 2. CT-Gerät in der Notfallaufnahme |
| AA10 | Elektroenzephalographie- gerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA22 | Magnetresonanztomo- graph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro- magnetischer Wechselfelder | nein | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA33 | Uroflow/Blasendruck- messung/Urodynami- scher Messplatz | Harnflussmessung | Keine Angabe erforderlich | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X) | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | Keine Angabe erforderlich | 24 h verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie (X) | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | ja | Verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | Keine Angabe erforderlich | 24 h verfügbar am Hauptstandort Klinikum Bremen-Nord |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | nein | In Kooperation mit der Praxis für Kardiologie und Angiologie am Klinikum Bremen-Nord |

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet:

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

Erläuterungen: Die Angaben unter A-14 beziehen sich auf das Krankenhaus Klinikum Bremen Nord
 Zusätzlich Modul Notfallversorgung Kinder (Basis)

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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

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 Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Psychiatrisches Behandlungszentrum Nord und psychiatrische Tagesklinik

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Psychiatrisches Behandlungszentrum Nord und psychiatrische Tagesklinik"

Fachabteilungsschlüssel: 2900
 Art: Psychiatrisches
 Behandlungszentrum
 Nord und
 psychiatrische
 Tagesklinik

Ärztliche Leitung

Chefärztin/Chefarzt:

Position: Chefarzt bis 01.11.2025
 Titel, Vorname, Name: Dr. Martin Bührig
 Telefon: 0421/6606-1220
 Fax: 0421/6606-1241
 E-Mail: martin.buehrig@klinikum-bremen-nord.de
 Anschrift: Aumunder Heerweg 83
 28755 Bremen
 URL: <http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/kbn.html>

Position: Chefarzt seit 01.04.2025
 Titel, Vorname, Name: Dr. Deniz Karagülle
 Telefon: 0421/408-1363
 E-Mail: deniz.karaguelle@gesundheitnord.de
 Anschrift: Aumunder Heerweg 83
 28755 Bremen
 URL: <https://www.gesundheitnord.de/klinikum-bremen-nord/psychiatrisches-behandlungszentrum.html>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

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 | |

| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | | |
|---|---|--|
| 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 | In besonderen Fällen bei jungen Erwachsenen. |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 626 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 456 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Psychiatrische Institutsambulanz | |
|--|---|
| Ambulanzart: | |
| Kommentar: | |
| Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP_01) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP_02) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP_03) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP_04) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP_05) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP_06) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP_07) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP_08) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP_09) |
| Angebote Leistung: | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP_10) |
| Angebote Leistung: | Spezialprechstunde (VP_12) |

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 | | |
|--|--|--|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| Fälle je Vollkraft | | |

| davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften | | |
|--|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |

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 | | |
|--|--|--|
| | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| Fälle je Anzahl | | |
| | | |

| Altenpflegerinnen und Altenpfleger | | |
|---|--|--|
| | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| | | |

| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer | | |
|--|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| | | |



Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,26 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| Fälle je Anzahl | | |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt) | 1,00 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Fälle je Anzahl | | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |

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) | 3,99 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,99 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 1,74 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 2,25 | |
| Fälle je Anzahl | 278,22222 | |

| Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten | | |
|--|------------|--|
| Anzahl (gesamt) | 0,93 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,93 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | 0,70 | |
| Personal in der stationären Versorgung | 0,23 | |
| Fälle je Anzahl | 2721,73913 | |

| Ergotherapeuten | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |

| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | | |
|---|--|--|
| Anzahl (gesamt) | | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | | |
| Personal in der ambulanten Versorgung | | |
| Personal in der stationären Versorgung | | |
| | | |

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|---|----------|-----------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| Herzschrillmacher-Implantation (09/1) | | | | | |
| Herzschrillmacher-Aggregatwechsel (09/2) | | | | | |
| Herzschrillmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | | | | | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4) | | | | | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5) | | | | | |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | | | | | |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | | | | | |
| Gynäkologische Operationen (15/1) | | | | | |
| Geburtshilfe (16/1) | | | | | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | | | | | |
| Mammachirurgie (18/1) | | | | | |
| Cholezystektomie (CHE) | | | | | |
| Dekubitusprophylaxe (DEK) | | | | | |
| Herzchirurgie (HCH) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) | | | | | |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) | 160 | HEP | 100 | 0 | |



| Leistungsbereich DeQS | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar |
|--|----------|-----------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) | | | | | |
| Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM_MKU) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX) | | | | | |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | | | | | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) | 0 | | | | |
| Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE) | | | | | |
| Leberlebendspende (LLS) | | | | | |
| Lebertransplantation (LTX) | | | | | |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | | | | | |
| Neonatalogie (NEO) | | | | | |
| Nierenlebendspende (NLS) | | | | | |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG) | | | | | |

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

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

| | |
|------------------------------------|---|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Ergebnis ID | 52009 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p> |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,07 |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|---|--|
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 4,84 |
| Grundgesamtheit | 619 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,79 |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | <= 2,45 (95. Perzentil) |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Kommentar Beauftragte Stelle | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Ergebnis ID | 52326 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,35 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,35 - 0,35 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,62 |
| Grundgesamtheit | 619 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Ergebnis ID | 521801 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,62 |
| Grundgesamtheit | 619 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben. |
| Ergebnis ID | 521800 |
| Art des Wertes | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,62 |
| Grundgesamtheit | 619 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| – (vgl. Hinweis im Vorwort) | |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Kürzel Leistungsbereich | DEK |
| Bezeichnung des Ergebnisses | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Ergebnis ID | 52010 |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Ergebnis-Bezug zu Infektionen | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 - 0,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,62 |
| Grundgesamtheit | 619 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Mehrfach | Nein |
| Risikoadjustierte Rate | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Bezug andere QS Ergebnisse | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Sortierung | – (vgl. Hinweis im Vorwort) |
| Ergebnis Bewertung | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |

| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
|--|--|
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| | |
| | |
| | |

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

| Leistungsbereich | Kommentar |
|--|--|
| Leistungsbereich | Hygienemanagement (Aktion saubere Hände) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Teilnahme an der "Aktion saubere Hände". Ermittlung von Verbräuchen und Anzahl Händedesinfektionen pro Patiententag. |
| Ergebnis | Schlussfolgerungen zu erforderlichen Präventionsmaßnahmen, Aufzeigen von Infektionsgefahren. |
| Messzeitraum | jährlich |
| Datenerhebung | Thematisierung der Ergebnisse in den Hygienekommissionsitzungen, den Stationen und Bereichen unter Berücksichtigung der entsprechenden Referenzdaten des Vergleichszeitraumes. |
| Rechenregeln | |
| Referenzbereiche | Thematisierung der Ergebnisse in den Hygienekommissionsitzungen und den betroffenen Bereichen. |
| Vergleichswerte | Berücksichtigung veröffentlichter Vergleichsdaten. |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | Referenzdaten siehe: www.nrz-hygiene.de und www.mrsa-netzwerk.bremen.de |

| Leistungsbereich | Kommentar |
|--|---|
| Leistungsbereich | Hygienemanagement (z.B. KISS) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Gemäß IfSG §23 und HygInfVO des Landes Bremen §9 werden nosokomiale Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Multi-/Resistenzen erfasst und bewertet. |
| Ergebnis | Schlussfolgerungen zu erforderlichen Präventionsmaßnahmen, Aufzeigen von Infektionsgefahren. |
| Messzeitraum | jährlich |
| Datenerhebung | Erfasst werden postoperative Infektionen nach den Vorgaben des IQTIG (NWIF). Weiterhin beteiligt sich das Klinikum Bremen-Nord an HAND-KISS, NEO-KISS, DAS-KISS, MRSA-KISS, MRE Netzwerk Land Bremen. |
| Rechenregeln | |
| Referenzbereiche | TOP auf den Hygienekommissionsitzungen. |
| Vergleichswerte | Berücksichtigung veröffentlichter Vergleichsdaten |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | Die Daten werden an die entsprechenden Datenbanken des Nationalen Referenzzentrums bzw. des MRE-Netzwerks Bremen gemeldet. Referenzdaten siehe: www.nrz-hygiene.de und www.mrsa-netzwerk.bremen.de . |

| Leistungsbereich | Kommentar |
|--|--|
| Leistungsbereich | Hygienemanagement (Multiresistente Erreger) |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erfassung und Bewertung multiresistenter Erreger wie MRSA und die Anzahl der Nasenabstriche im Rahmen von MRSA-KISS und des MRE Netzwerks Bremen. |
| Ergebnis | Schlussfolgerungen zu erforderlichen Präventionsmaßnahmen, Aufzeigen von Infektionsgefahren. |
| Messzeitraum | jährlich |
| Datenerhebung | Thematisierung der Ergebnisse in den Hygienekommissionsitzungen. |
| Rechenregeln | |
| Referenzbereiche | Thematisierung der Ergebnisse in den Hygienekommissionsitzungen. |
| Vergleichswerte | Berücksichtigung veröffentlichter Vergleichsdaten. |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | Referenzdaten siehe: www.nrz-hygiene.de und www.mrsa-netzwerk.bremen.de |

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

C-6.1 Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL):

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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. | 7 |
| 1.1 | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 5 |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 4 |



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal 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: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

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

| Bezeichnung der Station | P1/P2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 49 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | Z = keine der obigen Konzeptstationen |

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

| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 1744 |

| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 429 |



| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | |
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 581 |
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 12 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 308 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 257 |
| Behandlungsbereich | S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |

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]: ja

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 |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Pflegefachpersonen |
|----------------------------------|--------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|----------------------------------|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|----------------------------------|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 242 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 353 |
| Umsetzungsgrad | 145,87 |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 670 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1046 |
| Umsetzungsgrad | 156,12 |

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

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: nein

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (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 Ausnahmetatbestände (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: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

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

| Bezeichnung der Station | P1/P2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 49 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| | Z = keine der obigen Konzeptstationen |

| Bezeichnung der Station | TK |
|--|---------------------------------------|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 0 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 43 |
| Stationstyp | C = offene, nicht elektive Station |
| | Z = keine der obigen Konzeptstationen |

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

| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 1337 |

| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 343 |

| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 11 |

| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 697 |

| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 61 |

| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
|--------------------|---|
| Behandlungsumfang | 0 |

| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
|--------------------|--|
| Behandlungsumfang | 492 |



| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 446 |
| Behandlungsbereich | S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung |
| | |

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]: ja

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 | 1743 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 2078 |
| Umsetzungsgrad | 119,22 |

| Berufsgruppe | Pflegefachpersonen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 726 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1022 |
| Umsetzungsgrad | 140,77 |

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

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: nein

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (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 Ausnahmetatbestände (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: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

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

| Bezeichnung der Station | P1/P2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 50 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | Z = keine der obigen Konzeptstationen |

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

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | |
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 564 |
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 660 |
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 114 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 499 |
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 201 |
| Behandlungsbereich | S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |

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]: ja

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 |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|----------------------------------|-------------------|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
|----------------------------------|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 859 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 775 |
| Umsetzungsgrad | 90,22 |

| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
|----------------------------------|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |

| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--|---|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 689 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1032 |
| Umsetzungsgrad | 149,78 |

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

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: nein

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (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 Ausnahmetatbestände (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: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

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

| Bezeichnung der Station | P1/P2 |
|--|---|
| Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung | 50 |
| Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung | 0 |
| Stationstyp | A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation |
| Schwerpunkt der Behandlung | Z = keine der obigen Konzeptstationen |

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

| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 1462 |
| Behandlungsbereich | A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 348 |
| Behandlungsbereich | A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |
| Behandlungsbereich | G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 586 |
| Behandlungsbereich | G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 160 |
| Behandlungsbereich | G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung |
| Behandlungsumfang | 0 |
| Behandlungsbereich | S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung |
| Behandlungsumfang | 497 |



| | |
|---------------------------|--|
| Behandlungsbereich | S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung |
| Behandlungsumfang | 174 |

| | |
|---------------------------|---|
| Behandlungsbereich | S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung |
| | |

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]: ja

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 | 1643 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 1748 |
| Umsetzungsgrad | 106,39 |

| Berufsgruppe | Pflegfachpersonen |
|--|--|
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| | |
| | |
| | |
| Berufsgruppe | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
| Mindestanforderungen eingehalten | ja |
| Mindestpersonalausstattung Stunden | 642 |
| Tatsächliche Personalausstattung Stunden | 989 |
| Umsetzungsgrad | 154,05 |

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

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält
(Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: nein

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (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 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

- **Diagnosen zu B-1.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| F10.2 | 352 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F20.0 | 100 | Paranoide Schizophrenie |
| F43.2 | 73 | Anpassungsstörungen |
| F32.1 | 53 | Mittelgradige depressive Episode |
| F33.1 | 44 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F60.31 | 42 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ |
| F32.2 | 32 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F33.2 | 30 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F41.2 | 24 | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F03 | 21 | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| F43.1 | 20 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F25.0 | 17 | Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch |
| F22.0 | 16 | Wahnhafte Störung |
| F25.1 | 16 | Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv |
| F12.2 | 15 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom |
| F41.0 | 12 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F61 | 12 | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |
| F40.01 | 11 | Agoraphobie: Mit Panikstörung |
| F12.5 | 9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung |
| F05.1 | 8 | Delir bei Demenz |
| F43.0 | 8 | Akute Belastungsreaktion |
| F10.0 | 6 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F10.6 | 6 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom |
| F19.5 | 6 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung |
| F31.1 | 6 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome |
| F41.1 | 6 | Generalisierte Angststörung |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| F60.30 | 6 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ |
| F06.3 | 5 | Organische affektive Störungen |
| F20.5 | 5 | Schizophrenes Residuum |
| F25.2 | 5 | Gemischte schizoaffektive Störung |
| F31.3 | 5 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode |
| F60.6 | 5 | Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung |
| F23.1 | 4 | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie |
| F32.3 | 4 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen |
| F60.1 | 4 | Schizoide Persönlichkeitsstörung |
| F62.0 | 4 | Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung |
| F01.0 | (Datenschutz) | Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn |
| F01.3 | (Datenschutz) | Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz |
| F01.8 | (Datenschutz) | Sonstige vaskuläre Demenz |
| F01.9 | (Datenschutz) | Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet |
| F05.0 | (Datenschutz) | Delir ohne Demenz |
| F05.8 | (Datenschutz) | Sonstige Formen des Delirs |
| F06.0 | (Datenschutz) | Organische Halluzinose |
| F06.2 | (Datenschutz) | Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung |
| F06.6 | (Datenschutz) | Organische emotional labile [asthenische] Störung |
| F06.7 | (Datenschutz) | Leichte kognitive Störung |
| F07.0 | (Datenschutz) | Organische Persönlichkeitsstörung |
| F07.2 | (Datenschutz) | Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma |
| F07.8 | (Datenschutz) | Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns |
| F10.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch |
| F10.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung |
| F11.3 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom |
| F12.1 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch |
| F13.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom |

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F14.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom |
| F15.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung |
| F19.2 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom |
| F20.1 | (Datenschutz) | Hebephrene Schizophrenie |
| F20.2 | (Datenschutz) | Katatone Schizophrenie |
| F23.0 | (Datenschutz) | Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie |
| F31.0 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode |
| F31.2 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen |
| F31.4 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F31.6 | (Datenschutz) | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode |
| F32.0 | (Datenschutz) | Leichte depressive Episode |
| F33.0 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode |
| F33.3 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F41.9 | (Datenschutz) | Angststörung, nicht näher bezeichnet |
| F42.0 | (Datenschutz) | Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang |
| F42.2 | (Datenschutz) | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| F42.8 | (Datenschutz) | Sonstige Zwangsstörungen |
| F43.9 | (Datenschutz) | Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet |
| F45.0 | (Datenschutz) | Somatisierungsstörung |
| F45.41 | (Datenschutz) | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| F48.0 | (Datenschutz) | Neurasthenie |
| F50.9 | (Datenschutz) | Essstörung, nicht näher bezeichnet |
| F51.0 | (Datenschutz) | Nichtorganische Insomnie |
| F60.5 | (Datenschutz) | Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung |
| F60.7 | (Datenschutz) | Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung |
| F60.8 | (Datenschutz) | Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen |
| F68.1 | (Datenschutz) | Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen] |



| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F70.1 | (Datenschutz) | Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert |
| F84.0 | (Datenschutz) | Frühkindlicher Autismus |
| G30.0 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn |
| G30.1 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn |
| G30.9 | (Datenschutz) | Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet |
| J45.99 | (Datenschutz) | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad |

- **Prozeduren zu B-1.7**

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-649.0 | 1671 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche |
| 9-607 | 570 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-617 | 348 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal |
| 9-649.10 | 206 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.50 | 165 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.30 | 146 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.31 | 100 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.7 | 116 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-649.11 | 88 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.51 | 81 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.8 | 63 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 9-640.08 | 36 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag |
| 9-618 | 43 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen |
| 9-645.03 | 41 | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden |
| 9-649.52 | 42 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 9-649.32 | 33 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.40 | 39 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.20 | 38 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.12 | 29 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.b | 34 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad |
| 9-649.33 | 24 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.6 | 31 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-640.06 | 22 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag |
| 9-649.13 | 19 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.53 | 23 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-640.04 | 16 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis zu 4 Stunden pro Tag |
| 9-649.54 | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-640.07 | 9 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag |
| 9-649.21 | 11 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.9 | 11 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 |
| 9-619 | 8 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen |
| 9-640.05 | 6 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 4 bis zu 6 Stunden pro Tag |
| 9-645.13 | 6 | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen durch Ärzte, Psychotherapeuten und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-649.34 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.55 | 7 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-207.0 | 7 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System) |
| 8-98g.11 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 9-649.14 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 6-006.a3 | 5 | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Paliperidon, parenteral: 250 mg bis unter 325 mg |
| 9-649.35 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-206 | 4 | Neurographie |
| 8-98g.14 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage |
| 1-205 | (Datenschutz) | Elektromyographie [EMG] |
| 1-440.a | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt |
| 1-632.0 | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-200 | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Schädels |
| 3-600 | (Datenschutz) | Arteriographie der intrakraniellen Gefäße |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 6-006.a0 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Paliperidon, parenteral: 75 mg bis unter 125 mg |
| 6-006.a1 | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Paliperidon, parenteral: 125 mg bis unter 175 mg |
| 6-006.ag | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 6: Paliperidon, parenteral: 1.225 mg oder mehr |
| 8-98g.10 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 8-98g.12 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 8-98g.13 | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 9-641.01 | (Datenschutz) | Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte, Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag |
| 9-641.10 | (Datenschutz) | Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag |
| 9-645.04 | (Datenschutz) | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 2 bis zu 4 Stunden |
| 9-645.05 | (Datenschutz) | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 4 Stunden |
| 9-645.14 | (Datenschutz) | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen durch Ärzte, Psychotherapeuten und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 2 bis zu 4 Stunden |
| 9-645.15 | (Datenschutz) | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen durch Ärzte, Psychotherapeuten und/oder Psychologen erbracht: Mehr als 4 Stunden |
| 9-649.15 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.16 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.17 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.18 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.36 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.37 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.39 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.3a | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 11 Therapieeinheiten pro Woche |



| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-649.3b | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.56 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.57 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche |

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 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
impressum health & science communication oHG (impressum.de).