

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Bottrop

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 23.10.2023 um 14:48 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 4 |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses | 7 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 7 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 8 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 8 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 10 |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung | 10 |
| A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit | 10 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 10 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 10 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 11 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 11 |
| A-11.2 Pflegepersonal | 11 |
| A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 12 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal | 13 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 14 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement | 14 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 14 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 15 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 17 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit | 17 |
| A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 19 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 20 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V | 20 |
| 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 20 |
| 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung | 20 |
| 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 20 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 21 |
| B-[1].1 LWL-TK-Bottrop | 21 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 21 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 22 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 22 |
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD | 22 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 22 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 22 |

| | |
|---|----|
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 22 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 22 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung | 23 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 23 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 23 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 24 |
| Teil C - Qualitätssicherung | 26 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 26 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 26 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 26 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 26 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") | 26 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 27 |
| C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr | 27 |
| C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 27 |

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

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

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



LWL-Tagesklinik Bottrop

Einleitungstext

Die Tagesklinik Bottrop befindet sich auf dem Gelände des Marienhospitals in Bottrop, direkt vor der Kinderklinik in der Josef-Albers-Str. 72. Das Gebäude wurde 2012 erbaut. In den Räumlichkeiten sind die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz, sowie die Tagesklinik und die Klassenzimmer der Schule zu finden.

Dazu gehören:

- Aufenthaltsräume für die Patienten
- Die Therapiezimmer der Psychotherapeuten
- Das Spielzimmer für die Patienten
- Das Dienstzimmer
- Das Wohnzimmer

- Die Küche und der Essraum
- Der Snoezelraum
- Der Ergotherapieraum
- Der Sport- und Bewegungsraum
- Die klinikinterne Schulräume
- Ein Wartebereich

Zusätzlich gibt es einen Außenbereich der Platz bietet für gemeinsame sportliche Aktivitäten.

Die Hauptklinik in Marl steht für die Tagesklinik mit ihrem Angebot zur Verfügung. Insbesondere werden folgende Angebote genutzt:

- Das Snoezelzentrum
- Die Tiergestützte Therapie
- Nutzung der Sporthalle

Die Tagesklinik bietet mit 12 Behandlungsplätzen therapeutische und pädagogische Hilfen an, die über eine ambulante Behandlung hinausgehen, aber den Verbleib im familiären und sozialen Umfeld ermöglichen. Die Tagesklinik Bottrop und die Ambulanz versorgen schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche aus dem Kreis Bottrop und umliegenden Städten wie z.B. Gladbeck, Oberhausen und Dorsten. Sie arbeiten in einem Verbund mit den bestehenden Einrichtungen der Jugendhilfe und allen anderen vor- und nachsorgenden Institutionen der Kinder- und Jugendarbeit.

Das Angebot der Tagesklinik richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 6 - 18 Jahren mit unterschiedlichen Schwierigkeiten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In der Tagesklinik arbeitet ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Es besteht aus einer Ärztin und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, einer Erzieherin und Krankenpfleger:innen, einer Sozialarbeiterin sowie einer Ergotherapeutin und einer Bewegungstherapeutin. Zur Tagesklinik gehört auch die Klinikschule mit zwei Lehrer:innen.

Die ambulanten Patienten werden fachärztlich und psychotherapeutisch betreut.

Eine MFA betreut das Sekretariat der Ambulanz und Tagesklinik.

Therapieangebote

Die Therapieangebote werden auf den einzelnen Patienten abgestimmt:

Dies sind z.B.

- Kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Untersuchung, Psychotherapie und Beratung
- Milieuthérapie im heilpädagogisch ausgerichteten Rahmen unter Berücksichtigung der Förderung von sozialer Kompetenz, Konfliktfähigkeit, Kontaktbereitschaft sowie emotionale und körperliche Selbstfindung
- Gesprächs- und Verhaltenstherapie, systemische Therapie unter Miteinbeziehung aller für den Patienten relevanten Personen
- Gruppenpsychotherapie
- Familientherapie und Elternberatung, Elternhospitationen und Hausbesuche
- Marte Meo (Videogestützte Beratung: „Aus eigener Kraft“)
- Bewegungstherapie, Ergotherapie, Snoezeln (körperorientiertes Verfahren unter Einbezug der sinnlichen Wahrnehmung), erlebnispädagogische Gruppen, Entspannungsgruppen
- Aufmerksamkeitstraining

- Gruppentherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen für Kinder mit Verhaltensproblemen
- Entspannungstechniken
- Beratung und Vermittlung in Nachbetreuung und Hilfen zur Erziehung
- Medikamentöse Behandlung
- Multifamilientherapie

Der Pflege- und Erziehungsdienst bietet zudem folgende Angebote an:

- Bezugspflege: Zuordnung des Patienten zu einem festen Teammitglied des Pflege- und Erziehungsdienstes
- pädagogische Elternarbeit mit Hospitationen
- Hausbesuche
- Entspannungstechniken
- Expositionsübungen z.B. im Rahmen von Stadtfahrten
- soziales & emotionales Kompetenztraining
- Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten z.B. im Rahmen von Kochgruppen, für sich selbst sorgen z.B. Körperpflege, Selbstorganisation, sinnvolle Freizeitgestaltung planen und erleben
- Angebot von Freizeitaktivitäten z.B. Schwimmen, Fußball spielen etc.
- Aufklärung über das eigenen Störungsbild und den Umgang damit (Psychoedukation)
- Snoezelen (Entspannen und Fühlen)
- Kreativgruppen

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------------------|
| Name | Dipl.Psych. Michael Ries |
| Position | Qualitätsmanagementbeauftragter |
| Telefon | 02365 / 802 - 2162 |
| Fax | 02365 / 802 - 4179 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------------------|
| Name | Dr. Daniel Napieralski-Rahn |
| Position | Kaufmännischer Direktor |
| Telefon. | 02365 / 802 - 2100 |
| Fax | 02365 / 802 - 2109 |
| E-Mail | daniel.napieralski-rahn@lwl.org |

Weiterführende Links

| | |
|-------------------------------|---|
| URL zur Homepage | https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-bottrop/ |
| URL für weitere Informationen | https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/qualitaetsmanagement/ |
| Weitere Links | ◦ https://www.lwl-klinik-marl.de/de/kontakt/ (Weitere Ansprechpartner) |

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

| | |
|-------------------------|---|
| Name | LWL Klinik Marl-Sinsen |
| Institutionskennzeichen | 260550687 |
| Hausanschrift | Halterner Str. 525 45770 Marl |
| Postanschrift | Halterner Str. 525 45770 Marl |
| Telefon | 02365 / 802 - 0 |
| E-Mail | lwl-klinik-marl@lwl.org |
| Internet | https://www.lwl-klinik-marl.de/de/ |

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Dr. Claus-Rüdiger Haas | Ärztlicher Direktor | 02365 / 802 - 2200 | 02365 / 802 - 2109 | claus-ruediger.haas@lwl.org |

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| Kristin Assmann | Pflegedirektorin | 02365 / 802 - 2300 | 02365 / 802 - 2309 | kristin.assmann@lwl.org |

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|
| Dr. Daniel Napieralski-Rahn | Kaufmännischer Direktor | 02365 / 802 - 2100 | 02365 / 802 - 2109 | daniel.napieralski-rahm@lwl.org |

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

| | |
|--|---|
| Name | LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Bottrop |
| Institutionskennzeichen | 260550687 |
| Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 772302000 |
| alte Standortnummer | 07 |
| Hausanschrift | Josef-Albers-Straße 72 46236 Bottrop |
| Postanschrift | Josef-Albers-Straße 72 46236 Bottrop |
| Internet | https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/unsere-tageskliniken/ |

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Dr. Claus-Rüdiger Haas | Ärztlicher Direktor | 02365 / 802 - 2200 | 02365 / 802 - 2209 | claus-ruediger.haas@lwl.org |

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| Kristin Assmann | Pflegedirektorin | 02365 / 802 - 2300 | 02365 / 802 - 2309 | kristin.assmann@lwl.org |

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| Dr. Daniel Napieralski-Rahn | Kaufmännischer Direktor | 02365 / 802 - 2100 | 02365 / 802 - 2109 | daniel.napieralski-rah@lwl.org |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name Landschaftsverband Westfalen Lippe
 Art öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | |
| MP62 | Snoezelen | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-----|-------------------------|
| NM62 | Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung | | |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | | |
| NM64 | Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Name | LWL-Tagesklinik Bottrop |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Sekretariat |
| Telefon | 02041 / 771282 - 10 |
| Fax | 02041 / 771282 - 19 |
| E-Mail | tagesklinik.bottrop@lwl.org |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | |
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF23 | Allergenarme Zimmer | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| | |
|-------------------|---|
| Anzahl der Betten | 0 |
|-------------------|---|

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|---|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 57 |
| Ambulante Fallzahl | 693 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,15 |
| Stationäre Versorgung | 0,4 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,15 |
| Stationäre Versorgung | 0,4 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | | |
|---|-----|---|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 4,8 | einschließlich Erzieherinnen / Erzieher |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |

| | | |
|--|-----|-------|
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 4,8 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 38,50 |

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

Diplom Psychologen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,16 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |

Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |

Kinder Jugendpsychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,52 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,52 |

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,26 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,26 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,26 |

Ergotherapeuten

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |

Physiotherapeuten

| | |
|-------------------|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,65 |
|-------------------|------|

| | |
|---|------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,65 |

Sozialpädagogen

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,42 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,42 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,42 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name | Dipl. Psych. Michael Ries |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsbeauftragter |
| Telefon | 02365 802 2162 |
| Fax | 02365 802 4179 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Arbeitsgruppe nur zum Risikomanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | jährlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name | Dipl. Psych. Michael Ries |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Qualitätsbeauftragter |
| Telefon | 02365 802 2162 |
| Fax | 02365 802 4179 |
| E-Mail | michael.ries@lwl.org |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|--|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht? | ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Durch eine multiprofessionell besetzte Arbeitsgruppe erfolgt eine fortlaufende Datensammlung. Durch die Betrachtung der besonderen Vorkommnisse und CIRS-Meldungen sowie durch ein Brainstorming der Gruppe. Die Ergebnisse werden in einer Risikomatrix gepflegt. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Qualitätsmanagementkonzept 2021-04-01 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Medizinisches Notfall Management 2021-12-16 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Freiheitseinschränkende Maßnahmen 2022-03-29 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Umgang mit medizin-technischen Geräten 2022-09-21 |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Beschreibung des Entlassungsprozesses 2021-09-15 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| | |
|--|--|
| Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | monatlich |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit | Maßnahmen zur Wege- und Patientensicherheit. |

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 2019-11-22 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|--|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
|---|--|

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | |
|---|--|
| Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 1 |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 1 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 1 |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | halbjährlich |

Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Name | Dr. Claus-Rüdiger Haas |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 02365 802 2200 |
| Fax | 02365 802 2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? nein
 Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? trifft nicht zu

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 12,27 ml/Patiententag
 Ist eine Intensivstation vorhanden? Nein
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|------|--|---------------|------------------------|
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | jährlich | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. ja
 Meinungskarten dienen der Erfassung von Lob und Kritik, sie werden im Haus in den dafür vorgesehenen Briefkästen, die jeweils in Stationsnähe angebracht sind, eingeworfen. Die Tageskliniken sammeln die Karten und schicken sie dem QM zu, das alle schriftlichen eingegangenen Meinungskarten erfasst und sie zur Bearbeitung an die jeweiligen Stellen leitet.

| | | |
|---|--|--|
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | s.o. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | <input checked="" type="checkbox"/> ja | Alle Patienten- und Angehörigen werden bei Entlassung schriftlich befragt und die Ergebnisse jährlich den jeweiligen Stationen rückgemeldet. |
| Patientenbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Einweiserbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | Den Entlassungsbriefen an die Einweiser sind "Feedbackkarten" beigelegt. |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Dipl. Psych. Michael Ries | Qualitätsbeauftragter | 02365 802 2162 | 02365 802 4179 | michael.ries@lwl.org |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

nein

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name Dr. Michele Cagnoli

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Stellvertretender Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 02365 802 2204 |
| Fax | 02365 802 2209 |
| E-Mail | michele.cagnoli@lwl.org |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|--|---------------|-------------|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|---|---|-------------|
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten | |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

| Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | |
|--|--|---------------|---|
| Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | |
| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
| SK03 | Aufklärung | | Aushängen von Plakaten |
| SK04 | Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen | 2016-11-15 | Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch |
| SK05 | Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten | | Ausgabe und Aushang Meinungskarten, Ansprechpartner für Beschwerden bei der Betriebsleitung, Beschwerdestelle des LWL (Beschwerde Kommission) |
| SK06 | Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl | | Erweitertes Führungszeugnis bei Einstellung |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen? | | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| SK08 | Interventionsplan verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt | 2016-11-15 | Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch |
| SK10 | Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle | 2016-11-15 | Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 LWL-TK-Bottrop

| | |
|---|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | LWL-TK-Bottrop |
| Fachabteilungsschlüssel | 3060 |
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. Claus Rüdiger Haas |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 02365 / 802 - 2200 |
| Fax | 02365 / 802 - 2209 |
| E-Mail | claus-ruediger.haas@lwl.org |
| Strasse / Hausnummer | Halterner Str. 525 |
| PLZ / Ort | 45770 Marl |
| URL | https://www.haardklinik.lwl.org/de/ |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | Keine Zielvereinbarung getroffen |
| Kommentar/Erläuterung | |

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

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

| | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 57 |

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| AM02 | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V | | | |

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,15 |
| Stationäre Versorgung | 0,4 |
| Fälle je VK/Person | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,55 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,55 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 1,15 |
| Stationäre Versorgung | 0,4 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | | |
|--|-------|---|
| Anzahl Vollkräfte | 4,8 | einschließlich Erzieherinnen / Erzieher |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 4,8 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 | |
| Ambulante Versorgung | 0 | |
| Stationäre Versorgung | 4,8 | |
| Fälle je VK/Person | | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP24 | Deeskalationstraining | |

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0,16 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |
| Fälle je VK/Person | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |
| Fälle je VK/Person | |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,52 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,52 |
| Fälle je VK/Person | |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,26 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,26 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,26 |
| Fälle je VK/Person | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

| | |
|-------------------|-----|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
|-------------------|-----|

| | |
|---|-----|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |
| Fälle je VK/Person | |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,65 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,65 |
| Fälle je VK/Person | |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|-----|
| Anzahl Vollkräfte | 0,5 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,5 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0,5 |
| Fälle je VK/Person | |

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung |
|--|
| Leistungsbereich: Zertifizierung nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators: Insgesamt 10 Kapitel: 1. Anwendungsbereich 2. Normative Verweise 3. Begriffe 4. Kontext der Organisation 5. Führung 6. Planung 7. Unterstützung 8. Betrieb 9. Bewertung der Leistung 10. Verbesserung |
| Ergebnis: Audits ergaben das die Forderungen der DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt sind. |
| Messzeitraum: Seit 2021 jährlich |
| Datenerhebung: |
| Rechenregeln: |
| Referenzbereiche: |
| Vergleichswerte: |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: |
| Leistungsbereich: Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren für Krankenhäuser mit dem Ziel der Optimierung von Prozessen der Patientenversorgung. |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators: gemäß KTQ-Katalog 6 Hauptkategorien: - Patientenorientierung - Mitarbeiterorientierung - Sicherheit im Krankenhaus - Kommunikation u. Information im Krankenhaus - Führung - Qualitätsmanagement |
| Ergebnis: Zertifizierung nach KTQ in 2009, 2012, 2015 und 2018 |
| Messzeitraum: Seit 2009 fortlaufend bis 2021 |
| Datenerhebung: |
| Rechenregeln: |
| Referenzbereiche: |
| Vergleichswerte: |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: |

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt