

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

LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Borken

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 23.10.2023 um 14:39 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-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1 Qualitätsmanagement	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	16
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	16
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	19
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	19
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	19
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	19
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1].1 LWL-TK-Borken	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	20
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	21
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	21
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	21

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	21
B-[1].11 Personelle Ausstattung	22
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	22
B-11.2 Pflegepersonal	22
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	23
Teil C - Qualitätssicherung	24
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	24
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	24
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	24
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	24
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	24
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	25
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	25
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	25

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 Borken

Einleitungstext

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische LWL-Tagesklinik Borken besteht seit 1996. Sie ist der LWL-Klinik Marl Sinsen, Haardklinik angegliedert. Die Klinik in Marl besteht als Kinder- und Jugendpsychiatrische Fachklinik seit dem Jahr 1966 und ist eine der größten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachkliniken Deutschlands. Die Tagesklinik befindet sich an der Bocholter Straße 5 in zentraler Lage der Stadt Borken, in unmittelbarer Nähe der Fußgängerzone. Vom Bahnhof sind es zu Fuß ca. 12 Minuten, die Tagesklinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Bahnhof Borken gut zu erreichen.

Das Haus verfügt über 3 Etagen und einen Außenbereich mit Sand- und Grünflächen. Im Haus befinden sich folgende Räumlichkeiten:

- Aufenthaltsräume für die Patienten
- Therapiezimmer für die Psychotherapeuten
- Spielzimmer für die Patienten, Toberaum
- Dienstzimmer
- Räumlichkeiten des Sozialdienstes
- Küche- und Aufenthaltsraum
- Snoezel- und Entspannungsraum
- Ergotherapie
- Wartebereich
- Sekretariat
- Räume für die Klinikschule
- Sport- und Bewegungstherapieaum

Die Tagesklinik Borken behandelt Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren. Es stehen 12 Behandlungsplätze zur Verfügung, die sich sowohl an Mädchen als auch Jungen mit unterschiedlichen Störungsbildern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie richten. In der Tagesklinik werden pro Jahr ca. 60 Kinder und Jugendliche behandelt.

Therapieangebote

Die Therapieangebote werden auf den einzelnen Patienten und seine Familie abgestimmt: Diese sind z.B.

- Kinder- und Jugendpsychiatrische und testpsychologische Untersuchung
- Aufklärung über das Störungsbild und Umgang damit (Psychoedukation)
- Milieuthherapie unter Berücksichtigung der Förderung von sozialer Kompetenz, Konfliktfähigkeit, Kontaktbereitschaft sowie emotionaler und körperlicher Selbstfindung
- Verhaltens- und Gesprächstherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologische Verfahren
- Elemente der Schematherapie (Integration der einzelnen Therapieverfahren in die Gesamtbehandlung)
- Gruppentherapie
- Familientherapie und Elternseminare, Hausbesuche
- Multifamilientherapie
- Ressourcenorientierte Videoarbeit
- Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Snoezeln (körperorientiertes Verfahren unter Einbezug der sinnlichen Wahrnehmung), Entspannungsgruppen
- Aufmerksamkeitstraining
- Gruppentherapie nach FESKKO zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensproblemen

- Beratung und Vermittlung in Nachbetreuung und Hilfen zur Erziehung

Der Pflege- und Erziehungsdienst bietet zudem folgende Angebote an:

- Bezugspflege: Zuordnung des Patienten zu einem festen Teammitglied des Pflege- und Erziehungsdienstes
- Elternseminare, Hausbesuche
- Ressourcenorientierte Videoarbeit mit Kindern und Bezugspersonen nach Marte Meo (etwas aus eigener Kraft erreichen)
- Yoga und andere Entspannungstechniken
- Expositionsübungen
- Soziales Kompetenztraining
- Erlebnispädagogische Außenaktivitäten
- Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten
- Hausaufgabenbetreuung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Dipl. Psych. Michael Ries
Position	Qualitätsbeauftragter
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-rahnl@lwl.org

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-borken/
URL für weitere Informationen	https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/qualitaetsmanagement/
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ 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 Straße 525 45770 Marl
Postanschrift	Halterner Straße 525 45770 Marl
Telefon	02365 / 802 - 0
E-Mail	lwl-klinik-marl@lwl.org
Internet	http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

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 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 Borken
Institutionskennzeichen	260550687
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772296000
alte Standortnummer	04
Hausanschrift	Bocholter Straße 5 46325 Borken
Postanschrift	Bocholter Straße 5 46325 Borken
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 (LWL)
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
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
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
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	LWL-Tagesklinik Borken
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sekretariat
Telefon	02861 / 9424 - 10
Fax	02861 / 9424 - 30
E-Mail	tagesklinik.borken@lwl.org

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

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	80
Ambulante Fallzahl	531
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)	0,93	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,56	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Stationäre Versorgung	0,37	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,93	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,56	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
Stationäre Versorgung	0,37	Eine Fachärztin für tagesklinische und ambulante Behandlung
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)	5,29	einschließlich Erzieherinnen / Erzieher
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,29	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,29	
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
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,27
Stationäre Versorgung	1,73

Ergotherapeuten

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

Sozialpädagogen

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

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	jährlich

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	jährlich
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

Krankenhaustygieniker 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	
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 Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 6,25 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	Ausgabe und Aushang Meinungskarten, Ansprechpartner für Beschwerden bei der Betriebsleitung, Beschwerdestelle des LWL (Beschwerde Kommission)
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten		Ausgabe und Aushang Meinungskarten, Ansprechpartner für Beschwerden bei der Betriebsleitung, Beschwerdestelle des LWL (Beschwerde Kommission)

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements vorgesehen?		<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		Erweitertes Führungszeugnis bei Einstellung
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 Abschläge 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-Borken

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	LWL-TK-Borken
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
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	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	80

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	Angebotene 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	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,56
Stationäre Versorgung	0,37
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,56
Stationäre Versorgung	0,37
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	5,29	einschließlich Erzieherinnen / Erzieher
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,29	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,29	
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	
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	einschließlich Pädagoginnen / Pädagogen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person		

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,27	
Stationäre Versorgung	1,73	
Fälle je VK/Person		

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

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		

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1	
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)	3
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