



# 2023

## Referenzbericht

Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das  
Jahr 2023

Übermittelt am:	14.11.2024
Automatisch erstellt am:	01.04.2025
Layoutversion vom:	18.03.2025



## Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten	11
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	30
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	30
C	Qualitätssicherung	37
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	37
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	38
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	38
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	39
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	39
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	39
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	39
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	40
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	41
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	53
-	Diagnosen zu B-1.6	54
-	Prozeduren zu B-1.7	54

## - **Einleitung**

### **Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes**

Hersteller: Saatmann GmbH  
Produktname: Saatmann Qualitätsbericht  
Version: 2024.3 SP1

### **Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Titel, Vorname, Name: Olga Madeckt  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [olga.madeckt@ediacon.de](mailto:olga.madeckt@ediacon.de)

### **Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

Position: Betriebsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Andreas Lehr  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [andreas.lehr@ediacon.de](mailto:andreas.lehr@ediacon.de)

### **Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.agaplesion-mitteldeutschland.de>  
Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de>

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen  
Hausanschrift: Hochweitzschen 1 2353  
04720 Döbeln  
Postanschrift: Postfach 2353  
04713 Döbeln  
Institutionskennzeichen: 261401201  
Weitere Institutionskennzeichen: 261401201  
URL: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de>  
Telefon: 03431/656-0  
E-Mail: [info@bethanien-hochweitzschen.de](mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt und Ärztlicher Leiter  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-103  
E-Mail: [francisco.pedrosagil@ediacon.de](mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin  
Titel, Vorname, Name: Petra Hundrieser  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [Petra.Hundrieser@ediacon.de](mailto:Petra.Hundrieser@ediacon.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: Betriebsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Andreas Lehr  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [andreas.lehr@ediacon.de](mailto:andreas.lehr@ediacon.de)

### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Fachkrankenhaus Bethanien Hochweitzschen  
Hausanschrift: Hochweitzschen 1 2353  
04720 Döbeln  
Postanschrift: Postfach 2353  
04713 Döbeln  
Institutionskennzeichen: 261401201  
Standortnummer: 773161000  
Standortnummer alt: 03  
URL: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de>

### Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt und Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-103  
E-Mail: [francisco.pedrosagil@ediacon.de](mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin  
Titel, Vorname, Name: Petra Hundrieser  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [Petra.Hundrieser@ediacon.de](mailto:Petra.Hundrieser@ediacon.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Betriebsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Andreas Lehr  
Telefon: 03431/656-0  
Fax: 03431/656-202  
E-Mail: [andreas.lehr@ediacon.de](mailto:andreas.lehr@ediacon.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Fachkankenhaus BETHANIEN Hochweitzschen gemeinnützige GmbH  
Art: freigemeinnützig



### **A-3            Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum:            Nein  
Lehrkrankenhaus:                Ja  
Name Universität:                Universität Leipzig  
Name Universität:                Hochschule Nordhausen

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	Akupunktur wird angewandt bei Begleiterkrankungen, wie chronische Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, Kopfschmerzen und bei Tinnitus. Ziel dieser Behandlung ist Linderung oder Beschwerdefreiheit zu erreichen.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Beratungen werden durch die Ärzte und Mitarbeitende des Sozialdienstes durchgeführt.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Sporttherapie/Bewegungstherapie sollen die Verbesserung der Muskelkraft und Förderung der Beweglichkeit ermöglichen.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Verschiedene Diätformen und Ernährungsberatung möglich, insbesondere für Diabetiker. Psychoedukation, BELA (Bewegung-Ernährung-Lernen-Akzeptieren) sind spezielle Ernährungsleitlinien in unserem Haus.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Wird schwerpunktmäßig durch den Sozialdienst durchgeführt und durch Pflegedienst ergänzt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie hilft Menschen, die durch die Krankheit oder Behinderung in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Als Therapiemittel dienen kreatives, freies Gestalten mit verschiedenen Werkmaterialien, sowie stützende, strukturierende handwerkliche Techniken.
MP25	Massage	Vor allem klassische und Bindegewebs-Massage zur Muskelentspannung und Schmerzlinderung.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und Gruppentherapie wird angeboten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Kommunikative Bewegungstherapie ist eine Gruppentherapie mit psychotherapeutischen Komponenten in Zusammenarbeit mit Psychologen und Psychotherapeuten.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Als Prävention wird für die Mitarbeitende und Patienten das Rückentraining im Sinne der Gesundheitserhaltung angeboten. Wirbelsäulengymnastik wird auf ärztl. Anforderung durchgeführt.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	PMR, Autogenes Training, Qi-Gong, Tai Chi werden als Entspannungsmethoden angeboten.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Logopädie erfolgt bei Bedarf durch externe Anbieter.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Fangopackungen und Kryotherapie werden als vorreitende Maßnahmen vor Massagen, Manuelle Therapie und Krankengymnastik angewendet.
MP51	Wundmanagement	Wundversorgung erfolgt nach enge Zusammenarbeit mit Wundexperten und wird in der Wunddokumentation erfasst.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen vor Ort.
MP53	Aromapflege/-therapie	Bei Patienten, die achtsamer und bewusster leben möchten, unter psychosomatischen Beschwerden leiden, unter innere Unruhe und Erschöpfung leiden. Zielerreichung von Verbesserung von Körperbewußtsein und Körpergefühl, Förderung der Entspannungsfähigkeit, schwierigen Gefühlen, Krankheit und Schmerz.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Durchführung von Hirnleistungstraining zur Verbesserung der Merkfähigkeit, Förderung durch Konzentrationsübungen im Rahmen eines Rehacom-Programmes.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	Die Mitarbeitende des Sozialdienstes unterstützen die Klärung sozialer Probleme. Vermittlung in weiterführende Angebote.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen ist gegeben.

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/seelsorge</a>	Einzelgespräche finden nach Vereinbarung statt.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/selbsthilfegruppen">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/selbsthilfegruppen</a>	Selbsthilfegruppe für Abhängigkeitskranke werden wöchentlich in der Psychiatrischen Institutsambulanz in enge Zusammenarbeit mit der Suchtklinik durchgeführt.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	<a href="https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/verpflegung-cafeteria">https://www.bethanien-hochweitzschen.de/patienten-besucher/verpflegung-cafeteria</a>	Vegetarische und vegane Küche werden angeboten.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position:	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name:	Kathleen Dathe
Telefon:	03431/656-0
Fax:	656/03431-202
E-Mail:	<a href="mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de">info@bethanien-hochweitzschen.de</a>

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Ist im Bereich vorhanden.

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

BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Ist im Berich vorhanden.
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Im Bereich vorhanden.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Im Bereich vorhanden.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Ist gegeben.

**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
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	größere Blutdruckmanschette.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	Ernährungsberatung und Diäten.

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen.

**Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit**

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	Alle Notrufsysteme sind barrierefrei erreichbar.

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	



## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	180
Ambulante Fallzahl:	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	0,87	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	0,87	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	

**A-11.2      Pflegepersonal**

<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>		
Anzahl (gesamt)	2,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,20	
Personal in der stationären Versorgung	2,03	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>		
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	

<b>Medizinische Fachangestellte</b>		
Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,80	

#### Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

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

#### A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

##### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (gesamt)	0,21	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,21	

##### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	1,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,49	
Personal in der stationären Versorgung	0,64	

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)**

Anzahl (gesamt)	0,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,17	

**Ergotherapeuten**

Anzahl (gesamt)	1,64	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,64	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,06	
Personal in der stationären Versorgung	1,58	

**Sozialarbeiter, Sozialpädagogen**

Anzahl (gesamt)	0,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,41	

**A-11.3.2      Angaben zu Genesungsbegleitung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**A-11.4      Spezielles therapeutisches Personal**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



### 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	Risikomanagementhandbuch vom 06.01.2020
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	VA Medizinische Notfälle vom 02.01.2020
RM06	Sturzprophylaxe	VA Sturzmanagement vom 18.03.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	VA Dekubitusmanagement in der Pflege vom 04.05.2020
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Durchführungsrichtlinien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen vom 06.01.2022
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA Ausfall KIS medico, Ärztlich Verlaufsdokumentation, Medizinische und Nichtmedizinische Leistungsanforderung, Telefonverzeichnis bei Ausfall KIS medico. vom 20.01.2020
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Qualitätszirkel Ärztekonzferenzen, Teambesprechungen, Supervision. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Informationsblatt Patientenarmbänder vom 13.01.2020
RM18	Entlassungsmanagement	VA Entlassmanagement vom 02.11.2020

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	monatlich
Maßnahmen:	Einsatz von Patientenarmbändern, CIRS, Umsetzung von Hygienerichtlinie edia.con, Kommunikation wurde verbessert, Standards und Verfahrensanweisungen wurden aktualisiert, Schullungen zu verschiedenen Themen wurden durchgeführt (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Arzneimittel, Deeskalation).

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.05.2020
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
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

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja  
 Tagungsfrequenz: jährlich

Nr.	Erläuterung
EFO0	Sonstiges

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

Position: Chefarzt und Ärztlicher Leiter  
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil  
 Telefon: 03431/656-0  
 Fax: 03431/656-103  
 E-Mail: [francisco.pedrosagil@ediacon.de](mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	Diese Leistungen werden über Dritte (BZH Freiburg) Dr. med. S. Geßner erbracht.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	anteilig
Hygienefachkräfte (HFK)	1	anteilig gemäß den Anforderungen der RKI Richtlinie.
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 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie**

<b>Antibiotikatherapie</b>	
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 Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
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
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Schulungen der Mitarbeitenden zur hygienebezogenen Themen werden durchgeführt.

**A-12.4      Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Tagesklinik Freiberg verfügt über ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement. Der Umgang mit Beschwerden ist in einer VA geregelt. Alle Patienten:innen, Besucher:innen und Mitarbeitende haben die Möglichkeit ihre Beschwerden und Hinweise zu äußern. Das Vorbringen der Beschwerden kann in schriftlicher oder mündlicher Form erfolgen. Das Formular liegen in der Tagesklinik aus. Die Beschwerde kann über den Patientenbriefkasten oder auch direkt eingereicht werden.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:in eine schriftliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch das zuständige Mitglied des Krankenhausdirektoriums zukommt. Hierzu erfolgt eine direkte Weiterleitung der aufgenommenen Beschwerde durch den Mitarbeiter an das KHD. Zum Abgleich der schriftlichen Beschwerden werden alle Eingänge erfasst und regelmäßig durch die QMB ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Unser Beschwerdemanagement sieht vor, dass jedem namentlich benannten Beschwerdeführer:in eine mündliche Stellungnahme zum Sachverhalt durch den zuständigen Mitarbeiter:in der Tagesklinik. Es wird versucht die Problematik zu klären, bei nicht möglicher Klärung erfolgt eine schriftliche Weiterleitung an das KHD.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Für uns sind die Beschwerden keine negativen Ereignisse, sondern eine Chance, mit subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten umzugehen und aus objektiv auftretenden Defiziten zu lernen und Verbesserungen abzuleiten. Patienten, Angehörige und andere für und relevanten Personen, die sich beschweren, sind unsere Partner. Beschwerden werden von uns sehr ernst genommen während des Aufenthaltes erfolgt eine Rückmeldung an den/die Beschwerdeführer:in.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Die Beschwerde wird innerhalb von 72 Stunden bearbeitet und es erfolgt eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer:in.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Andreas Lehr-Betriebsdirektor Telefon: 03431/656 0 Fax: 03431/656 202
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Es werden kontinuierliche Patientenbefragungen mit anonymen Fragebögen in der Tagesklinik durchgeführt. Die Auswertungen der Fragebögen werden regelmäßig durch die QMB vorgenommen. Ziel ist es, die persönlich Eindrücke und Meinungen über den Aufenthalt der Patienten in der Tagesklinik zu ermitteln. Der eingesetzte Fragebogen enthält Fragestellungen mit konkretem Bezug zur Aufnahme, zur Tagesklinik und die Behandlung.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	in zweijährigen Interwallen werden Einweiserbefragungen durchgeführt.

#### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Position: Betriebsdirektor  
 Titel, Vorname, Name: Andreas Lehr  
 Telefon: 03431/656-0  
 Fax: 03431/656-202  
 E-Mail: [info@bethanien-hochweitzschen.de](mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de)

#### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>  
 Kommentar: Betriebsdirektor nimmt die Beschwerden entgegen.

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Position: Patientenfürsprecherin  
 Titel, Vorname, Name: Anett Hünersen  
 Telefon: 03431/656-0  
 Fax: 03431/656-202  
 E-Mail: [info@bethanien-hochweitzschen.de](mailto:info@bethanien-hochweitzschen.de)

#### **Zusatzinformationen Patientenführsprecher oder Patientenführsprecherin**

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: <https://www.bethanien-hochweitzschen.de/kontakt>

#### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

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

#### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

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

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name:	Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil
Telefon:	03431/656-0
Fax:	03431/656-103
E-Mail:	<a href="mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de">francisco.pedrosagil@ediacon.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese),

der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

**Allgemeines**

**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**

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese**

Aufklärungsbögen Medikamente

10.08.2020

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)**

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

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

VA Medikamentenmanagement

17.08.2017

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)**

**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**

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln**

**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 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 § 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: Unser Träger hat im August 2021 die Richtlinie Schutzkonzept für Kinder, Jugendliche und vulnerable Patientengruppen für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Für relevante Bereiche in unserm KH wird eine Gefährdungsanalyse durchgeführt und daraus vorbeugende Maßnahmen abgeleitet. Ein E-Learning ist für die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen verpflichtend zu absolvieren. Ein Meldesystem ist intern etabliert und Kontaktadressen für externe Beratungsstellen sind verfügbar.

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

#### Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographie-gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	Hirnstrommessung

## **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**

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **A-14.3**            **Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Folgende Voraussetzungen wurden erfüllt:

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

### **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: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenaerztlichen Vereinigung eingebunden: nein

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)"**

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Art: Allgemeine  
Psychiatrie/Tages-  
klinik (für  
teilstationäre  
Pfleagesätze)

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin/Chefarzt:**

Position: Chefarzt, Ärztlicher Direktor

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Francisco Pedrosa Gil

Telefon: 03431/656-0

Fax: 03431/656-103

E-Mail: [francisco.pedrosagil@ediacon.de](mailto:francisco.pedrosagil@ediacon.de)

Anschrift: Scheunenstraße 13  
09599 Freiberg

URL: <http://www.bethanien-hochweitzschen.de>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierte Entzugsbehandlung und Krisenintervention
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation und Intensivbehandlung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, psychologische Psychotherapie.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Regelbehandlung mit Psychoedukation, ärztliche/psychologische Psychotherapie, Krisenintervention.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, psychologische Psychotherapie, Krisenintervention.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Regelbehandlung mit Psychoedukation, Krisenintervention.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Klinik für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie.
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	Psychiatrische Institutambulanz Freiberg.
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

### **B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	180

### **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Keine Hauptdiagnosen erbracht

### **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Keine Prozeduren erbracht

## **B-1.8      Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung:	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebotene Leistung:	Spezialsprechstunde (VP12)
Angebotene Leistung:	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)
Angebotene Leistung:	Psychoonkologie (VP14)
Angebotene Leistung:	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)

## **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**

**Nicht Bettenführende Abteilung:**

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl (gesamt)	1,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	0,87	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

**davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,28	
Personal in der stationären Versorgung	0,87	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

**Belegärztinnen und Belegärzte**

Anzahl	0	
Fälle je Anzahl		

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



**B-1.11.2 Pflegepersonal**

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	2,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,20	
Personal in der stationären Versorgung	2,03	
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	39,00	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,80	
Fälle je Anzahl	0,00000	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**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)	0,21	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,21	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	1,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,49	
Personal in der stationären Versorgung	0,64	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)		
Anzahl (gesamt)	0,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,17	
Fälle je Anzahl	0,00000	



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	1,64	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,64	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,06	
Personal in der stationären Versorgung	1,58	
Fälle je Anzahl	0,00000	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	0,41	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,41	
Fälle je Anzahl	0,00000	

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- ta- tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0			0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0			0	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	19		100,00	0	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	
Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0	HCH		0	
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0			0	
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0			0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	von	Dokumen- ta- tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM)	0			0	
Herzunterstützungssysteme/Kunst- herzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	0			0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	

### **C-1.2.[-]**      **Ergebnisse der Qualitätssicherung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

#### **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V**

##### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

##### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V**

##### **Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V**

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	1
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	1



**C-8                    Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**

**C-8.1                Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-8.2                Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine 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 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]**

1. Quartal

### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

### **C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]**

#### **C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

##### **C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	TKFG
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	25
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	Z = keine der obigen Konzeptstationen

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1321
Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	51

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	522
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	470
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1512
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1327
Umsetzungsgrad	87,74

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	490
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	520
Umsetzungsgrad	106,11

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	803
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	642
Umsetzungsgrad	79,9

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	79
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	153
Umsetzungsgrad	193,52

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	306
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	363
Umsetzungsgrad	118,68

#### **C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1] :ja

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

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

#### **C-9.3.3.2      Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 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: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	TKFG
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	25
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	Z = keine der obigen Konzeptstationen

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1335
Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	78

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	538
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	488
Umsetzungsgrad	90,61

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1562
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1023
Umsetzungsgrad	65,49

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	504
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	580
Umsetzungsgrad	115

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	827
Tatsaechliche Personalausstattung Stunden	739
Umsetzungsgrad	89,39

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	83
Tatsaechliche Personalausstattung Stunden	145
Umsetzungsgrad	174,12

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	315
Tatsaechliche Personalausstattung Stunden	232
Umsetzungsgrad	73,65

#### **C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2] :nein

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

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

#### **C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]**

3. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]**

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	TKFG
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	25
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	Z = keine der obigen Konzeptstationen

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1316

  

Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	94

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	536
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	465
Umsetzungsgrad	86,76

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1560
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1102
Umsetzungsgrad	70,67

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	503
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	453
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	825
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	743
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	84
Tatsaechliche Personalausstattung Stunden	76
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	315
Tatsaechliche Personalausstattung Stunden	290
Umsetzungsgrad	91,9

#### **C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3] :nein

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

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

#### **C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]**

4. Quartal

#### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

#### **C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]**

#### **C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

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

Bezeichnung der Station	TKFG
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	25
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	Z = keine der obigen Konzeptstationen

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1208

Behandlungsbereich	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	66

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

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	484
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	436
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1407
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	894
Umsetzungsgrad	63,55

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	454
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	553
Umsetzungsgrad	121,85

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	746
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	671
Umsetzungsgrad	90

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	75
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	180
Umsetzungsgrad	239,79



Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	285
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	273
Umsetzungsgrad	95,85

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4] :ja

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

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

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 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**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-1.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).