

2024

Referenzbericht

Heiligenfeld Klinik Uffenheim GmbH

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2024

Übermittelt am: 15.10.2025

Automatisch erstellt am: 23.01.2026

Layoutversion vom: 29.01.2026



Vorwort

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

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

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

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

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

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

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

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

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



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-13	Besondere apparative Ausstattung	24
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	24
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	26
B-1	Psychosomatik/Psychotherapie	26
C	Qualitätssicherung	34
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	34
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	42
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	43
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	43
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	43
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	43
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	44
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	45
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	46
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	59
-	Diagnosen zu B-1.6	60
-	Prozeduren zu B-1.7	61

- **Einleitung**

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: netfutura GmbH
Produktnname: promato QBM
Version: 3.0

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Assistentin der Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name: Gabriele Friede
Telefon: 0971/84-0
Fax: 0971/84-4093
E-Mail: gabi.friede@heiligenfeld.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Kostenträger- und Klinikmanager
Titel, Vorname, Name: Thorsten Stüwe
Telefon: 0971/84-0
Fax: 0971/84-4093
E-Mail: thorsten.stuewe@heiligenfeld.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/heiligenfeld-klinik-uffenheim>
Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.heiligenfeld.de>



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname:	Heiligenfeld Klinik Uffenheim GmbH
Hausanschrift:	Krankenhausstraße 1
Postanschrift:	97215 Uffenheim 1 Krankenhausstraße null
Institutionskennzeichen:	97215 Uffenheim 26095114
Standortnummer:	772164000
URL:	https://www.heiligenfeld.de/kliniken/heiligenfeld-klinik-uffenheim
Telefon:	09842/3920-1000
E-Mail:	info@heiligenfeld.de

Ärztliche Leitung

Position:	Chefarzt
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Heinz-Josef Beine
Telefon:	09842/3920-1000
Fax:	09842/3920-2009
E-Mail:	heinz-josef.beine@heiligenfeld.de

Pflegedienstleitung

Position:	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name:	Kordula Dorsch
Telefon:	0971/84-0
E-Mail:	kordula.dorsch@heiligenfeld.de

Verwaltungsleitung

Position:	Kostenträger- und Klinikmanager
Titel, Vorname, Name:	O Thorsten Stüwe
Telefon:	0971/84-0
Fax:	0971/84-4093
E-Mail:	thorsten.stuewe@heiligenfeld.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Heiligenfeld Klinik Uffenheim GmbH
Hausanschrift: Krankenhausstraße 1
Postanschrift: 97215 Uffenheim
1
Krankenhausstraße null
97215 Uffenheim
Institutionskennzeichen: 260951114
Standortnummer: 772164000
URL: <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/heiligenfeld-klinik-uffenheim>

Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Heinz-Josef Beine
Telefon: 09842/3920-1000
Fax: 09842/3920-2009
E-Mail: heinz-josef.beine@heiligenfeld.de

Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Kordula Dorsch
Telefon: 0971/84-0
E-Mail: kordula.dorsch@heiligenfeld.de

Verwaltungsleitung

Position: Kostenträger- und Klinikmanager
Titel, Vorname, Name: O Thorsten Stüwe
Telefon: 0971/84-0
Fax: 0971/84-4093
E-Mail: thorsten.stuewe@heiligenfeld.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Heiligenfeld Klinik Uffenheim GmbH
Art: privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein
Lehrkrankenhaus: Nein



A-5

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	sechswöchentlich finden spezielle Angehörigentage statt. Paar- und Familiengespräche finden je nach Indikation oder auf Anfrage statt
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Beratung durch Sozialpädagogen, Fragen der Stufenweise Wiedereingliederung, Existenzsicherung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Ernährungsberatung durch Diätassistenten und Diätköche, kohlehydratdefinierte Kost und Diabetikerschulung
MP15	Entlassmanagement/Brückepflege/Überleitungspflege	z.B. Transfergruppe, Entlasssteuerung in Abstimmung mit Patient, Verabschiedung in der Klein- und Großgruppe, Nachsorgemanagement. Vermittlung zu Einweiser und Selbsthilfegruppen, Nachsorgegespräche
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	z.B. Abteilungsbesprechungen, Teilnahme multiprofessionelle Fallkonferenzen, Einzelbegleitungen Pflegeteam, Anleitung basaler Selbstregulation. Krisengespräche
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	umfangreiche Angebote Kreativtherapie: Kunsttherapie, Tanztherapie, Theatertherapie, Körpertherapie
MP27	Musiktherapie	heilsames Singen
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	psychosomatische Komplexbehandlung, Einzel und Gruppentherapie, Sozialberatung zur Grundsicherung, Entlassmanagement, Organisation Nachsorge
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	sechswöchentlich finden spezielle Angehörigentage statt. Paar- und Familiengespräche finden je nach Indikation oder auf Anfrage statt
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	



A-6

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		In bestimmten Einzel-Zimmern ist der Besuch eines Angehörigen möglich. Die Mit-Aufnahme einer Begleitperson ist nicht möglich
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Zusammenarbeit mit Dekanat Uffenheim
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		regelmäßig im Klinikalltag
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilforganisationen		Intensiv vorhanden
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Ernährungsgewohnheiten und Anforderungen werden individuell berücksichtigt

Patientenzimmer			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		in großer Zahl vorhanden
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		vorhanden

A-7

Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Abteilungsleitung Pflege
Titel, Vorname, Name: Jennifer Schorr
Telefon: 09842/3920-1000
E-Mail: jennifer.schorr@heiligenfeld.de

A-7.2

Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	

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

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätische Angebote	

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	regelmäßige Betreuung von Praktikanten, ca. 40/Jahr, Studierende der Psychologie, Medizin
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Zusammenarbeit mit der Universität Regensburg, Professor Thilo Hinterberger, Begleitung von Diplom-, Master- und Bachelor-Arbeiten und wissenschaftliche Untersuchung unserer Behandlungsergebnisse,

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



A-9 Anzahl der Betten

Betten: 90

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 865

Teilstationäre Fallzahl: 0

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)	9,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	9,58	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,67	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,67	

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0
--------	---

Ärztinnen und Ärzte, 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

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

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-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	4,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,13
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00

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

Anzahl (gesamt)	0
-----------------	---



Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,96	



Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

Pflegefachpersonen

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

Pflegefachpersonen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	2	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2	

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		
Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

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

A-11.3.1 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	3.9	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3.9	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3.9	



Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	1,84	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,84	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)		
Anzahl (gesamt)	2,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	2,78	

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	1,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1,13	

A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut		
Anzahl (gesamt)	3,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,57	

SP16 Musiktherapeutin und Musiktherapeut		
Anzahl (gesamt)	0,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,26	



SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	3,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,90	

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	1,84	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,84	

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

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

SP39 Heilpraktikerin und Heilpraktiker		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Heinz-Josef Beine
 Telefon: 09842/3920-1000
 Fax: 09842/3920-2009
 E-Mail: heinz-josef.beine@heiligenfeld.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Chefarzt Oberärzte Klinikmanagement Pflegedienstleitung Leitung Kreativtherapie
 Funktionsbereiche: Leitung Küche/Service Leitung Hauswirtschaft
 Tagungsfrequenz: wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Chefarzt
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Heinz-Josef Beine
 Telefon: 09842/3920-1000
 Fax: 09842/3920-2009
 E-Mail: heinz-josef.beine@heiligenfeld.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja
 Beteiligte Abteilungen Chefärzte der medizinischen Bereiche Geschäftsführung Personalmanagement IT Bau
 Funktionsbereiche: und Technik Controlling
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	jährlich
Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> - etagenbezogene Ausstattung der Flure mit Desinfektionsspendern - Initiierung eines QM-Projekts zur med. Analyse der Abbrecher mit Berücksichtigung der verlegten Patienten mit Selbst- und Fremdgefährdung (u.a. zur Erarbeitung präventiver Maßnahmen) - Differenzierung der Unfälle bei Erfassung und Auswertung (u.a. nach Stürzen) - vollständige Überprüfung aller ortsvoränderlichen Geräte - Standardisierung der Übergabe der Notfallmobilfunkgeräte in der Pflege

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IFo1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	11.07.2024
IFo2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IFo3	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen:

Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position:	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Sven Steffes-Hollaender
Telefon:	030/58619-1232
Fax:	0971/84-4093
E-Mail:	Sven.Steffes-Hollaender@heiligenfeld.de

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	7,5
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 Besiedelung 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	nein
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
HMO4	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HMO9	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Fortsbildungsplan

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	In den Heiligenfeld Kliniken ist das Lob- und Beschwerdemanagement im sog. Meinungsforum integriert.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Patienten werden durch die Mitarbeiter, Aushänge und Informationsmappen auf das Meinungsforum aufmerksam gemacht. Beschwerden können schriftlich und anonym durch Meinungsformulare, persönlich oder durch die Patientensprecher an die Klinikleitung oder Meinungsmanager (Pflegedienstleitung) vorgetragen werden. Die zeitnahe Bearbeitung durch die Verantwortlichen wird durch die Meinungsmanager koordiniert. Der Bearbeitungsstatus und die Meinungen werden jährlich statistisch ausgewertet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Beschwerden werden schriftlich dokumentiert. Patienten erhalten eine Entschuldigung oder Ausgleichsgeschenk
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Im Qualitätsmanagementhandbuch sind die Verantwortlichkeiten und Abläufe geregelt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Der Briefkasten wird täglich vom Patientenservice geleert, bearbeitet und es erfolgt eine zeitnahe schriftliche Rückmeldung an die Beschwerdeführer.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Der Meinungsbogen kann anonym ausgefüllt und eingereicht werden.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Es findet eine permanente Patientenbefragung statt, die quartärlich ausgewertet wird.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Mit jedem Entlassbericht erhält der Einweiser einen Fragebogen. Die Rückläufer werden zweimal jährlich ausgewertet.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Bereichsleitung PS Klinik. & Med. Office
 Titel, Vorname, Name: Barbara Grosse
 Telefon: 0971/84-0
 E-Mail: barbara.grosse@heiligenfeld.de



Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: [– \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)

Kommentar: Verantwortlich ist die Bereichsleitung PS Klinik. & Med. Office

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

[– \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: [– \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: [– \(vgl. Hinweis im Vorwort\)](#)

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 entspricht der verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements.

Position:	Chefarzt
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Heinz-Josef Beine
Telefon:	09842/3920-1000
Fax:	09842/3920-2009
E-Mail:	heinz-josef.beine@heiligenfeld.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 0

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 0

Erläuterungen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?: ja

Kommentar:

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

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

Versorgung Kinder Jugendliche

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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 Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.



– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen 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 Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Psychosomatik/Psychotherapie

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Psychosomatik/Psychotherapie"

Fachabteilungsschlüssel:

3100

Art:

Psychosomatik/Psy-
chotherapie

Ärztliche Leitung

Chefärztin/Chefarzt:

Position:	Chefarzt
Titel, Vorname, Name:	Dr. med. Heinz-Josef Beine
Telefon:	09842/3920-1000
Fax:	09842/3920-2009
E-Mail:	heinz-josef.beine@heiligenfeld.de
Anschrift:	Krankenhausstraße 1 97215 Uffenheim
URL:	http://www.uffenheim.heiligenfeld.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	keine Aufnahme von Suchtkranken, bei denen ein Entzug/eine Entwöhnung im Vordergrund steht
	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	nur bei nicht-akuten Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, z.B. Residuen oder Zustand nach
	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	im Rahmen einer Begleiterkrankung
	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
	Spezialsprechstunde	
	Psychosomatische Komplexbehandlung	
	Psychoonkologie	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 865

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu



B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	9,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	9,58	
Fälle je Vollkraft	90,29227	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,67	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,17	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,67	
Fälle je Vollkraft	323,97003	



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ23	Innere Medizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF02	Akupunktur	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	4,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,13	
Fälle je Anzahl	209,44309	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	



Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	
Fälle je Anzahl	1730,00000	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,96	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,96	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,96	
Fälle je Anzahl	441,32653	

Pflegefachpersonen		
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	5088,23529	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	2,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,00	
Fälle je Anzahl	432,50000	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	3,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,90	
Fälle je Anzahl	221,79487	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	1,84	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,84	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,84	
Fälle je Anzahl	470,10869	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)		
Anzahl (gesamt)	2,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,78	
Fälle je Anzahl	311,15107	

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,50	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	
Fälle je Anzahl	1730,00000	



Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	1,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,13	
Fälle je Anzahl	765,48672	



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	Zählbe-reich von	Dokumenta-tionsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschriftermacher - Implantation (09/1)	0			0	
Herzschriftermacher - Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschriftermacher - 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	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	0			0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzchirurgie (HCH)	0			0	
Herzchirurgie: Offenchorurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Herzchirurgie: Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0	HCH		0	
Herzchirurgie: Offenchorurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	
Herzchirurgie: Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0			0	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen: Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0			0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0			0	

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

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



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



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,54
Grundgesamtheit	1739
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,22
Grundgesamtheit	1739
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,22
Grundgesamtheit	1739
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,22
Grundgesamtheit	1739
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 – 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 – 0,22
Grundgesamtheit	1739
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

C-2

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

vereinbart.

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Die Qualitätssicherung und Dokumentation umfasst sämtliche Indikationen und alle Patienten gemäß der Psychosomatische Basisdokumentation - Psy-BaDo-PTM.
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Psy-BaDo-PTM umfasst vier Indices, in denen die jeweils von Therapeut und Patient erhobenen Daten zu Behandlungsbeginn bzw. -ende zusammengefasst sind.
Ergebnis	jährliche Auswertung mit umfassenden Ergebnissen zum Patientenclientel, Therapieeffekten, etc.
Messzeitraum	Die Erhebung erfolgt permanent und für jeden Patienten.
Datenerhebung	Die Erhebung erfolgt schriftlich mittels Patientenfragebogen bei Aufnahme, Entlassung sowie Katamnesen nach 1 und 3 Jahren sowie durch elektronische Befragung der Behandler.
Rechenregeln	Indikatorsspezifische Berechnung z.B. ICD-10-Symptom-Rating (ISR), Global Assessment of Functioning (GAF), Global Assessment of Relational Functioning (GARF), Veränderungsmessung (VEV), Skala Transpersonales Vertrauen (TPV), Gesamtveränderung (GV), etc.
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Benchmark mit weiteren psychosomatischen Kliniken
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	www.iqp-online.de

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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



C-6.1 **Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

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

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	4
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]	3
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	3



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 Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]

1. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

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

Bezeichnung der Station	Fachklinik Uffenheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	90
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	F = nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P1 = Psychosomatik - Psychotherapie
Behandlungsumfang	5363

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	2860

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]

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	3394
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3559
Umsetzungsgrad	104,85



Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	8590
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	7374
Umsetzungsgrad	85,84

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2039
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3585
Umsetzungsgrad	175,83

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1808
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3094
Umsetzungsgrad	171,12

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	663
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	444
Umsetzungsgrad	67,01

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	462
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	512
Umsetzungsgrad	110,82

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q1]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q1]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstage (Psychosomatik) [Q1]: nein



Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q1]: nein

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

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]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

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

Bezeichnung der Station	Fachklinik Uffenheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	90
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	F = nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P1 = Psychosomatik - Psychotherapie
Behandlungsumfang	4582

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	3797

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]

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	3668
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3304
Umsetzungsgrad	90,07



Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	8816
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	7034
Umsetzungsgrad	79,78

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2124
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3627
Umsetzungsgrad	170,79

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1842
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2519
Umsetzungsgrad	136,74

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	712
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	646
Umsetzungsgrad	90,75

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	536
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	508
Umsetzungsgrad	94,78

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q2]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q2]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstage (Psychosomatik) [Q2]: nein



Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q2]: nein

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]

3. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

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

Bezeichnung der Station	Fachklinik Uffenheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	90
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	F = nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P1 = Psychosomatik - Psychotherapie
Behandlungsumfang	5059

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	3140

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]

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	3453
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3896
Umsetzungsgrad	112,84



Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	8586
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	7671
Umsetzungsgrad	89,34

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	2049
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2955
Umsetzungsgrad	144,21

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1802
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3049
Umsetzungsgrad	169,23

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	673
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	556
Umsetzungsgrad	82,69

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	481
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	392
Umsetzungsgrad	81,59

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q3]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q3]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q3]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q3]: nein

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]

4. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.

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

Bezeichnung der Station	Fachklinik Uffenheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	90
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	F = nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept
Schwerpunkt der Behandlung	P1 = Konzeptstation für Psychosomatik

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

Behandlungsbereich	P1 = Psychosomatik - Psychotherapie
Behandlungsumfang	3882

Behandlungsbereich	P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
Behandlungsumfang	3799

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]

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

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

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	3438
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	3096
Umsetzungsgrad	90,05



Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	8103
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	7395
Umsetzungsgrad	91,26

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1964
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2896
Umsetzungsgrad	147,44

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1687
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	2921
Umsetzungsgrad	173,17

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	665
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	403
Umsetzungsgrad	60,56

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	516
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	453
Umsetzungsgrad	87,79

C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q4]

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Psychosomatik) [Q4]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Psychosomatik) [Q4]: nein



Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Psychosomatik) [Q4]: nein

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

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



C-10

Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

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

- Diagnosen zu B-1.6

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F33.1	589	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F43.1	147	Posttraumatische Belastungsstörung
F32.1	53	Mittelgradige depressive Episode
F60.31	19	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F41.1	14	Generalisierte Angststörung
F41.0	5	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F60.30	5	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F42.2	4	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F61	4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F32.2	(Datenschutz)	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.0	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.2	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F34.0	(Datenschutz)	Zyklothymia
F42.1	(Datenschutz)	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F44.81	(Datenschutz)	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)
F45.41	(Datenschutz)	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F50.00	(Datenschutz)	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F50.1	(Datenschutz)	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	(Datenschutz)	Bulimia nervosa
F50.8	(Datenschutz)	Sonstige Essstörungen
F60.6	(Datenschutz)	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	(Datenschutz)	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	(Datenschutz)	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F84.5	(Datenschutz)	Asperger-Syndrom

- Prozeduren zu B-1.7

Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.40	2231	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.30	2178	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-634	2114	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.41	1730	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.10	1459	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-607	1262	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-649.20	1256	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.50	1100	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.11	928	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.31	924	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.21	579	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.32	371	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.51	285	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.12	173	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.13	79	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	75	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.14	58	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.22	23	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.42	22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.0	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.15	5	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.54	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.16	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.35	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.36	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche



Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch
impressum health & science communication oHG (impressum.de).