

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Psychiatrische Tagesklinik des Klinikums Bremerhaven

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 12.11.2025 um 11:23 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung.....	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	8
A-10 Gesamtfallzahlen.....	8
A-11 Personal des Krankenhauses.....	9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	9
A-11.2 Pflegepersonal.....	9
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	10
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....	10
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	11
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	13
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	16
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....	17
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	20
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V.....	20
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	20
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	20
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	20
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	21
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze).....	21
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	22
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	22
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	22
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	22
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	22
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	22
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	22
B-[1].11 Personelle Ausstattung.....	24
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	24
B-11.2 Pflegepersonal.....	24
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	25
Teil C - Qualitätssicherung.....	27
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	27
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	

.....	27
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	27
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	27
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung").....	27
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	27
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	27
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	27

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Frank Iwanowski
Position	Leitung Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Telefon	0471 / 299 - 3425
Fax	0471 / 299 - 3426
E-Mail	frank.iwanowski@klinikum-bremerhaven.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. med. Susanne Kleinbrahm
Position	Medizinische Geschäftsführerin
Telefon	0471 / 299 - 3101
Fax	0471 / 299 - 3573
E-Mail	susanne.kleinbrahm@klinikum-bremerhaven.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://klinikum-bremerhaven.de/medizin/kliniken-und-institute/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/unser-leistungsangebot/teilstationaere-versorgung/tagesklinik-hafenstrasse
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH
Institutionskennzeichen	260400184
Hausanschrift	Postbrookstraße 103 27574 Bremerhaven
Postanschrift	Postbrookstraße 103 27574 Bremerhaven
Telefon	0471 / 299 - 0
E-Mail	info@klinikum-bremerhaven.de
Internet	https://www.klinikum-bremerhaven.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Susanne Kleinbrahm	Medizinische Geschäftsführerin	0471 / 299 - 3101	0471 / 299 - 3573	susanne.kleinbrahm@klinikum-bremerhaven.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. rer. med. Witiko Nickel	Pflegerischer Geschäftsführer	0471 / 299 - 3185	0471 / 299 - 3519	witiko.nickel@klinikum-bremerhaven.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frank Kühl	Kaufmännischer Geschäftsführer	0471 / 299 - 3100	0471 / 299 - 3573	frank.kuehl@klinikum-bremerhaven.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Psychiatrische Tagesklinik des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide
Institutionskennzeichen	260400184
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771117000
Hausanschrift	Hafenstraße 126 27568 Bremerhaven
Postanschrift	Hafenstraße 126 27568 Bremerhaven
Internet	https://klinikum-bremerhaven.de/medizin/kliniken-und-institute/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/unser-leistungsangebot/teilstationaere-versorgung/tagesklinik-hafenstrasse

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Susanne Kleinbrahm	Medizinische Geschäftsführerin	0471 / 299 - 3101	0471 / 299 - 3573	susanne.kleinbrahm@klinikum-bremerhaven.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. rer. med. Witiko Nickel	Pflegerischer Geschäftsführer	0471 / 299 - 3185	0471 / 299 - 3519	witiko.nickel@klinikum-bremerhaven.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Frank Kühl	Kaufmännischer Geschäftsführer	0471 / 299 - 3100	0471 / 299 - 3573	frank.kuehl@klinikum-bremerhaven.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Stadt Bremerhaven (Träger der gGmbH)
Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Sabine Bröker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Entlassmanagement
Telefon	0471 / 299 - 2143
Fax	
E-Mail	sabine.broeker@klinikum-bremerhaven.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	
BF39	„Informationen zur Barrierefreiheit“ auf der Internetseite des Krankenhauses	https://klinikum-bremerhaven.de/erklaerung-zur-barrierefreiheit

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	21
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	84
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,60

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,12

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,72

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,29

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,83

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,78

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,20

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,91

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	1,78
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,78
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	0,20
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,20
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,20
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
-------------------------------------	---

Anzahl Vollkräfte	2,29
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,29
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24)
Anzahl Vollkräfte	0,83
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,83
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	0,91
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,91
Kommentar / Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Frank Iwanowski
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Telefon	0471 / 299 - 3425
Fax	0471 / 299 - 3426
E-Mail	frank.iwanowski@klinikum-bremerhaven.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Pflegedirektion, Qualitätsmanagement, Betriebsrat, Gäste
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Frank Iwanowski
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Telefon	0471 / 299 - 3425
Fax	0471 / 299 - 3426
E-Mail	frank.iwanowski@klinikum-bremerhaven.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM04	Klinisches Notfallmanagement	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM05	Schmerzmanagement	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM06	Sturzprophylaxe	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	☒ Tumorkonferenzen ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13
RM18	Entlassungsmanagement	QM Handbuch ISO 9001 2025-02-13

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	☒ Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	☒ Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Einführung WHO OP-Checkliste, Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2025-03-04
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	☒ Nein
---	--

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2	Am Hauptstandort des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide: 1 intern und 1 Stellvertreter extern, durch das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene Bremen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	13	Am Hauptstandort des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide: mit Qualifikation "Hygienebeauftragter Arzt" (40 Std. Kurs)
Hygienefachkräfte (HFK)	5	Am Hauptstandort des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide
Hygienebeauftragte in der Pflege	67	Am Hauptstandort des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide: mit 40 Std. Kurs. Am Standort Hafenstr. Anzahl 1
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	☒ Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	quartalsweise	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Susanne Kleinbrahm
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinische Geschäftsführerin
Telefon	0471 / 299 - 3101
Fax	0471 / 299 - 3573
E-Mail	susanne.kleinbrahm@klinikum-bremerhaven.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? ☒ nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? ☒ ja
 Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? ☒ ja
 Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? ☒ ja
 Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? ☒ Ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 6,41 ml/Patiententag
 Ist eine Intensivstation vorhanden? ☒ Nein
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ☒ ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html) ☒ ja
 Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen 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 und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten? ☒ ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	☒ CDAD-KISS ☒ HAND-KISS ☒ MRSA-KISS ☒ OP-KISS ☒ STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Bremen	

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	und bei Bedarf
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich	und bei Bedarf

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	☒ Ja	Ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement besteht seit vielen Jahren. Auf allen Etagen der Stationsknoten und in den Wartezonen liegen Lob- / Beschwerdebögen aus. Zugehörige Briefkästen werden regelmäßig geleert und die Abläufe und Verantwortlichkeiten zur Bearbeitung der Rückmeldungen sind festgelegt.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	☒ Ja	Lob- und Beschwerdeauswertungen erfolgen regelmäßig und werden im Klinikum kommuniziert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	☒ Ja	Relevante Beschwerden werden verschriftlicht.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	☒ Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	☒ Ja	Eine erste Rückmeldung erhalten die Beschwerdeführer umgehend. Die konkrete Rückmeldung erfolgt dann nach Eingang aller Stellungnahmen.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	☒ Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	☒ Ja	Die Patientenfürsprecherin ist von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales berufen. Sprechzeiten: jeden Mittwoch, von 10:00 bis 12:00 Uhr, 1. Etage Raum-Nr. 1443B
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	☒ Ja	Über ein Formular auf der Homepage https://klinikum-bremerhaven.de/patienten-besuch/lob-beschwerde
Patientenbefragungen	☒ Ja	Kontinuierliche interne Patientenbefragung aller stationären Patienten. Patientenbefragung (extern) im Auftrag der Bremischen Krankenhausgesellschaft (alle 2-3 Jahre).
Einweiserbefragungen	☒ Ja	Alle 2 Jahre

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Silke Hauer	Mitarbeiterin Lob- und Beschwerdemanagement	0471 / 299 - 3306	0471 / 299 - 3640	beschwerdemanagement@klinikum-bremerhaven.de
Andreas Bullwinkel	Leitung Lob- und Beschwerdemanagement	0471 / 299 - 3730	0471 / 299 - 3640	beschwerdemanagement@klinikum-bremerhaven.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Stefanie Hallegger-Mahn	Patientenfürsprecherin	0421 / 299 - 3495		hallegger-mahn@klinikum-bremerhaven.de
Ulrike Weichert	Patientenfürsprecherin	0176 / 81076146		hallegger-mahn@klinikum-bremerhaven.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit keine Person benannt

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	6
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	8
Kommentar / Erläuterung	PTA ausschließlich in Teilzeit

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, zum Beispiel besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen

aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	QM Handbuch ISO 9001 2021-06-23	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
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	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
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) ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) AMeLI, ZENZY-Arztmodul	
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 Kap. 12.2.3.2)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	☒ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs ☒ Aushändigung des Medikationsplans ☒ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

☒ ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

☒ Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Georgia Wendling-Platz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	0471 / 299 - 3400
Fax	0471 / 299 - 3401
E-Mail	psychiatrie@klinikum-bremerhaven.de
Strasse / Hausnummer	Hafenstraße 126
PLZ / Ort	27568 Bremerhaven
URL	https://klinikum-bremerhaven.de/medizin/kliniken-und-institute/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/unser-leistungsangebot/teilstationaere-versorgung/tagesklinik-hafenstrasse

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	84

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	33	Rezidivierende depressive Störung
F32	19	Depressive Episode
F43	9	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F60	6	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F20	5	Schizophrenie
F41	4	Andere Angststörungen
F40	< 4	Phobische Störungen
F42	< 4	Zwangsstörung
F61	< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F90	< 4	Hyperkinetische Störungen

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	659	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	86	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-984	6	Pflegebedürftigkeit
1-207	< 4	Elektroenzephalographie [EEG]
3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-802	< 4	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			Einzelbehandlung und Gruppenangebot

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,60
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,60
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	6,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	6,12
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,72
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP13	Qualitätsmanagement	

**B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik**
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	2,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,29
Fälle je VK/Person	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,83
Fälle je VK/Person	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,78
Fälle je VK/Person	

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und
Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	0,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,20
Fälle je VK/Person	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,91
Fälle je VK/Person	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

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

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt