

Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

St. Barbara - Barbarastraße

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr
2020

Übermittelt am: 15.12.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

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 Bericht 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.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung..... | 5 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 9 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 20 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 21 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 24 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 25 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 26 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 26 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 37 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 48 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 48 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 50 |
| B-1 | Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie..... | 50 |
| B-2 | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie..... | 59 |
| B-3 | Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | 71 |
| C | Qualitätssicherung..... | 79 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 79 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 141 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 141 |

| | | |
|-----|--|------------|
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 141 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 141 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 141 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 142 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 142 |
| - | Anhang | 143 |
| | Diagnosen zu B-1.6 | 143 |
| | Prozeduren zu B-1.7 | 143 |
| | Diagnosen zu B-2.6 | 145 |
| | Prozeduren zu B-2.7 | 146 |
| | Diagnosen zu B-3.6 | 151 |
| | Prozeduren zu B-3.7 | 152 |

- Einleitung

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts | |
|---|--|
| Funktion | Chefarzt Abteilung Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Dirk Schaper |
| Telefon | 0345/213-4010 |
| Fax | 0345/213-4012 |
| E-Mail | d.schaper@krankenhaus-halle-saale.de |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts | |
|--|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Thomas Wüstner |
| Telefon | 0345/213-4021 |
| Fax | 0345/213-4022 |
| E-Mail | sekretariat.gf@krankenhaus-halle-saale.de |

Weiterführende LinksLink zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.krankenhaus-halle-saale.de/>Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unsere-krankenhaus/kliniken-abteilungen>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH |
| Hausanschrift | Mauerstraße 5 06110 Halle (Saale) |
| Zentrales Telefon | 0345/213-30 |
| Zentrale E-Mail | info@krankenhaus-halle-saale.de |
| Postanschrift | Postfach Postfach 200254 06003 Halle (Saale) |
| Institutionskennzeichen | 261500677 |
| Standortnummer (alt) | 99 |
| URL | https://www.krankenhaus-halle-saale.de |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Palliativ-, Schmerz- und Notfallmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Hendrik Liedtke |
| Telefon | 0345/213-5187 |
| Fax | 0345/231-4222 |
| E-Mail | adirektor@krankenhaus-halle-saale.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Daniela Marintschev |
| Telefon | 0345/213-5533 |
| Fax | 0345/213-4079 |
| E-Mail | sekretariat.pdl@krankenhaus-halle-saale.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Thomas Wüstner |
| Telefon | 0345/213-4021 |
| Fax | 0345/213-4022 |
| E-Mail | sekretariat.gf@krankenhaus-halle-saale.de |

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

| Standort | |
|---|---|
| Standortname: | St. Barbara - Barbarastraße |
| Hausanschrift: | Barbarastraße 4 06110 Halle (Saale) |
| Postfach: | 200254 06003 Halle (Saale) |
| Institutionskennzeichen: | 261500677 |
| Standortnummer aus dem Standortregister: | 772511000 |
| Standortnummer (alt) | 00 |
| URL: | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/ |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor und Chefarzt Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Palliativ-, Schmerz- und Notfallmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Hendrik Liedtke |
| Telefon | 0345/213-5187 |
| Fax | 0345/213-4222 |
| E-Mail | adirektor@krankenhaus-halle-saale.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektorin |
| Titel, Vorname, Name | Daniela Marintschev |
| Telefon | 0345/213-5533 |
| Fax | 0345/213-4079 |
| E-Mail | sekretariat.pdl@krankenhaus-halle-saale.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Thomas Wüstner |
| Telefon | 0345/213-4021 |
| Fax | 0345/213-4022 |
| E-Mail | sekretariat.gf@krankenhaus-halle-saale.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---------------------------------|
| Name | Elisabeth Vinzenz Verbund (EVV) |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|-----------------------|---|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|------------------------------------|----|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Ja |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Ja |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|---|
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | Die Manuelle Lymphdrainage ist ein Angebot der Abteilung Physiotherapie zur Behandlung bestimmter Venenerkrankungen, bei Zustand nach Brustoperationen mit Beteiligung der Lymphabflusswege oder bei traumatischen Läsionen des Muskel-Skelett-Systems. |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | Bestandteile in den Therapiekonzepten für Kinder und Erwachsene in den psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken sowie im Rahmen der Palliativmedizin. |
| MP21 | Kinästhetik | Die Pflegenden kennen die grundlegenden Prinzipien der Kinästhetik und integrieren diese in das pflegerische Handeln. Berührung und Bewegung werden so für Patienten nachvollziehbar gestaltet. |

| | | |
|------|--|---|
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | Versorgungsassistenten sind diätetisch geschult, erfragen täglich die Patientenwünsche. Diätassistenten leisten Ernährungs- und Diätberatung. Besondere Beratungsangebote für Adipositaspatienten jeden Alters. Milchküche: Zubereitung von Kinderspezialnahrung. Wahlessen. Ernährungsmanagement verfügbar |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage | Wir bieten diese Leistung für Privatpatienten und Selbstzahler in der Physiotherapieabteilung an. Häufige Indikationen sind Rückenbeschwerden und Obstipation. Sie findet auch im Rahmen der Palliativmedizin statt. |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | Die Abteilung Physiotherapie leistet stationär und ambulant: Beckenbodengymnastik, Einführung und Anleitung für Biofeedback-Geräte (Biofeedback- Therapie). |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | Entlassmanagement wird entsprechend den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Eine enge Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams zur Feststellung des poststationären Unterstützungsbedarfs sowie der Einleitung entsprechender Interventionen im Bedarfsfall sind nur einige zu nennende Maßnahmen. |

| | | |
|------|---|---|
| MP63 | Sozialdienst | Beratung/Begleitung von Patienten und Angehörigen (ambulanter Pflegedienst, Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Hospiz), Einleitung von Reha-Maßnahmen. Unterstützung bei Beantragung sozialrechtlicher Leistungen. Vermittlung an weiterführende Beratungsstellen (Krebs-, Sucht-, Krisenberatung). |
| MP57 | Biofeedback-Therapie | Zur begleitenden Behandlung von Inkontinenz bietet die Physiotherapie diese adjuvante Therapieform an. |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie | Therapiebestandteil in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie, wobei mit den Patienten einzeln oder in Kleingruppen (bis 4 Personen) gearbeitet wird. |
| MP20 | Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie | Dieses Angebot findet im Rahmen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie statt. |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie; Kinderzentrum |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | Die Bereichspflege ist ein wesentlicher Bestandteil der individuellen, geplanten Pflege innerhalb des Pflegeprozesses in unserem Haus. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt Bezugspflege. |

| | | |
|------|---|---|
| MP27 | Musiktherapie | Bestandteil der Therapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie im Rahmen der Palliativmedizin. |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | Der gesamte Umfang der Atemtherapiebehandlung wird sowohl für ambulante als auch für stationäre Patienten von der Physiotherapie-Abteilung am Krankenhaus erbracht. |
| MP06 | Basale Stimulation | Zur Förderung und Erhaltung der Fähigkeit von Patienten zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation führen wir die Basale Stimulation durch. |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | Seelsorge mit 24h-Bereitschaft zur Kriseninterv. und Sozialdienst. Physiotherapie: Angehörigen-Anleitung im Umgang mit Pat. nach kinästh. Gesichtspunkten. |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | Patienten mit Multipler Sklerose können die durch unsere Physiotherapie angebotene Wassergymnastik behandlungsbegleitend in Anspruch nehmen. Bei Kindern mit neurologischen Erkrankungen bietet die Physiotherapie die Behandlung nach Bobath und Vojta an. |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Engel der Kulturen (Kunst- und Kulturaktion Gesellschaftspolitik) |

| | | |
|------|---|---|
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | Intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Sozialdienst. Nahtlose Pflegeüberleitung durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes, die Bereichspflegekraft und den behandelnden Arzt an den Pflegedienst. Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung zum Thema Weaning. |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | Die Bobath-Therapie ist Bestandteil der Behandlung bei Kindern und Erwachsenen mit neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen zur Förderung der sensorischen Entwicklung (speziell eingesetzt bei entwicklungsgestörten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Schlaganfall-/ Hirninfarktpatienten). |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | Spezielle Angebote der Bewegungstherapie in der Physiotherapieabteilung sind: Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath, Vojta), sensorische Integration, Atemtherapie, Schlingentischbehandlung, Medizinische Trainingstherapie sowie Sporttherapie. |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker | Diabetiker-Schulungen nach DDG sind Bestandteil des differenzierten Behandlungsprogrammes bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, multimodale Komplexbehandlung. |

| | | |
|------|--|---|
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Die Mitarbeiter des Sozialdienstes bieten in Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung fachliche Hilfen bei der Bewältigung solcher Probleme an und unterstützen die Betroffenen bei der Suche nach Lösungen. |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Durch eine enge Zusammenarbeit der Palliativstation, des Hospizes, der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung SAPV (Elisabeth Mobil), der Mitarbeit im Trauernetzwerk Halle und der Seelsorge wurde ein Netzwerk für betroffene Patienten geschaffen. |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | Mitarbeiter der Pflege, hier besonders speziell ausgebildete Experten für Stomaversorgung, und Stomaberater unserer kompetenten Kooperationspartner nehmen die Aufgabe der Stomaberatung und -versorgung wahr. |
| MP51 | Wundmanagement | Für das Wundmanagement wurden Pflegeexperten ausgebildet. Diese sind Haus weit tätig und können bei Bedarf jederzeit konsiliarisch angefordert werden. |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | Die Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik erfolgt entweder in Kooperation mit einem Sanitätszentrum in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses oder entsprechend des Patientenwunsches. |

| | | |
|------|--|---|
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Beispiele: Selbsthilfegruppe ILCO im Darmzentrum, Selbsthilfegruppe Trauerarbeit, begleitet durch Mitarbeiter der Seelsorge. |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | Die Abteilung Physiotherapie bietet Kryotherapie mit Kaltluftgerät und Kältekompressen sowie Fango-/Wärmepackungen an. |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | Akutschmerztherapie: Behandlung von perioperativen Schmerzen mit Verfahren der patientenkontrollierten Analgesie (intravenös, periphere Nerven, epidural). Therapie chronischer Schmerzen und von Schmerzexazerbation bei systemischen bzw. Organerkrankungen. Zusätzlich Pain Nurse verfügbar. |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Geburtshilfe: Mandalas zur Entspannung bei Risikoschwangerschaft. Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie; Physiotherapie: Entspannungstherapie nach Jacobsen und Feldenkrais. |
| MP67 | Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder | Die Vojtathherapie, eine Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage, ist ein Leistungsangebot der Abteilung Physiotherapie, die in jedem Alter und bei jeder Störung von Haltung und Bewegung einsetzbar ist. |

| | | |
|------|--|--|
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung | Bestandteil von Behandlungskonzepten in den psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. In das Therapiekonzept ist ein regelmäßiges Selbstsicherheitstraining integriert. |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | Aromatherapie - Bestandteil der Therapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und - psychotherapie Geburtshilfe: Homöopathie unter der Geburt |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | Diabetes-Beratung. Physiotherapie: Elternanleitung im Infant Handling. Geburtshilfe: Geschwisterkurs, Geburtsvorbereitungskurs. Bei ermittelten Risiken (z.B. Sturz) Aufklärung von Patn. und b. B. Angehör. hins. Maßn. zur Vermeidung. |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | Abteilung Physiotherapie: zur Stärkung der Bauch- und Rückenmuskulatur können Pilates, Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik von Patienten und Mitarbeitern in Anspruch genommen werden. Ausdauer, Koordination und Gleichgewicht schult Step Aerobic, ein Angebot für Selbstzahler und Mitarbeiter. |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | in KJPP Teil der Therapie |

| | | |
|------|---|---|
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | Die Manuelle Therapie gehört mit zu unseren Physiotherapieangeboten und kann nach osteopathischen Gesichtspunkten erweitert werden. Ziel sind der Erhalt und die Wiederherstellung der normalen Gelenkfunktion und des funktionell und strukturell damit verbundenen Gewebes. |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | Begleitende Maßnahmen im Pflegeprozess und zur Linderung von Beschwerden. Eine Arbeitsgruppe von Ärzten, Pflegenden und Psychologen begleitet diesen Prozess. Unsere Physiotherapie bietet Aromamassagen an. Traditionelle Massage-Techniken werden kombiniert mit einer Auswahl an verschiedenen Düften. |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | Präventionskurse: Wirbelsäulengymnastik, Pilates, Rückenschule, Beckenbodengymnastik, Aquagymnastik, Nordic Walking, Entspannungstherapie nach Jacobsen, Faszienyoga für Patienten und Mitarbeiter. |
| MP25 | Massage | Angebot der Abteilung Physiotherapie: Reflexzonentherapie wie z. B. Bindegewebs-, Segment-, Periost- und klassische Massage. Weitere Angebote: Marnitz-Therapie, Zentrifugalmassage, Hot Stone Massage, Aromamassage und Kräuterstempelmassage. |

| | | |
|------|---|---|
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | Hier bietet die Abteilung Physiotherapie 4-Zellen-Bäder, Fango-/Warpäckungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie, Kurzwelle und Kryotherapie an. |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst | Arbeitskreis Psychoonkologie: Psychoonkologen, Fachärzte der Bereiche Hämatonkologie, Gynäkologie, Viszeralchirurgie, Pflegekräfte, Sozialdienst, Seelsorge, Physiotherapie. |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und psychotherapie: Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis (als Konsilleistung), wobei die Behandlung innerhalb der KJPP erfolgt. |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Abteilung Physiotherapie: Krankengymnastik, gerätegestützt und auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath, Vojta), Atemtherapie, Schlingentisch, medizinische Trainingstherapie, Manual-, Entspannungs-, Sporttherapie, Triggerpunktbehandlung, Gefäßtraining, Wochenbettgymnastik, Säuglingsschwimmen |

| | | |
|------|---|--|
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | Ausgebildete Pflegeexperten: Wundexperten, Breast Care Nurses, Diabetesberaterinnen, Pain Nurses, Laktationsberaterinnen, onkologische Fachpflegekräfte, Palliative Care Nurses, Praxisanleiter, Stomaberaterinnen, Aromaexperten, Regelmäßige Pflegevisiten zur Qualitätssicherung u. -steigerung |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie |
| MP02 | Akupunktur | in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sowie im Kreißsaal |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | Link | Kommentar |
|------|--|------|--|
| NM62 | Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung | | Angebot für Patienten der KJPP. Schulen im unmittelbaren Umfeld: Hutten-Gesamtschule, Sekundarschule Fliederweg, Südstadtgymnasium, LB-Schule. Wenn möglich, werden auch die Heimatschulen der Patienten in Halle genutzt. Die Dauer der Beschulung richtet sich nach dem Krankheitsbild der Patienten. |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | | Gesetzlich geregelt ist die Beschulung am Krankenhaus ab einer Verweildauer von über 4/6 Wochen. Daher erhält jeder Patient der somatischen Kinderkliniken ab Erreichen dieser Verweildauern 2 Stunden Unterricht/Woche. In der KJPP gilt: 15-20 Stunden/Patient/Woche bei Verweildauern bis zu 4 Monaten. |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Aufenthaltsraum vorhanden, TV in Gemeinschaftsräumen |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | Auf allen Stationen sind Zwei-Bett-Zimmer verfügbar. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Einige Zwei-Bett-Zimmer haben eine eigene Nasszelle (mind. WC + Waschbecken). |

| | | | |
|------|--|--|--|
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | | Die Berücksichtigung der Ernährungsgewohnheiten erfolgt durch das Angebot von 4 verschiedenen Menüs und durch individuelle Absprache mit dem Patienten. |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | Die standardisierten Ein-Bett-Zimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. |
| NM42 | Seelsorge | | 2,5 Stellen plus 1 Ausbildungsstelle (6 Personen) sind für die hauptberufliche Seelsorge am EK und BK vorhanden. Das Angebot erstreckt sich auf Patienten und Angehörige (z.B. Gesprächsangebote), Mitarbeitende (z.B. Besinnungstage) sowie externe Personen, die Seelsorge suchen. |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | Auf einigen Stationen sind Ein-Bett-Zimmer verfügbar. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen | |
|---|--|
| Funktion | Inklusionsbeauftragte |
| Titel, Vorname, Name | Gabriele Anders |
| Telefon | 0345/213-5850 |
| Fax | 0345/213-5851 |
| E-Mail | g.anders@krankenhaus-halle-saale.de |

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|---|---|
| BF01 | Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | Anlassbezogen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie erheblich ausgeweitet (u.a. Eingangsbereich, Stationsbereiche, Testbereiche) |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | vorhanden, Cafe ist ebenerdig erreichbar |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | Kapelle, nur für bzw. über Mitarbeitende zugänglich und Labyrinth im Garten |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | Piktogramme sind Bestandteil des Wegeleitsystems. |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | Anlass- bzw. fachbezogen, z.B. in Informationsmaterial in arabischer Sprache |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | Stockwerksanzeige vorhanden; Notrufknopf, der leuchtet |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | Schwesternrufanlage |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | Behindertenfreundliche Ausstattung auf PTM-Station, auf einigen Stationsbädern |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | ebenerdiger Zugang im Erdgeschoss, Erreichbarkeit aller Stationen über Aufzüge gegeben, Tresen MZEB Rollstuhlunterfahrbar/ geeignet für Kleinwüchsige |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | Schwesternruf bzw. Notfallklingel in den Patiententoiletten und -bädern und öffentlichen Toiletten, Notrufknopf in den Fahrstühlen |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | Anlass- bzw. fachbezogen in Planung, z.B. MZEB-Darstellung in leichter Sprache |

| | | |
|------|---|--|
| BF38 | Kommunikationshilfen | Website: Grafische Darstellung von Behandlungswegen, Chatbot, umfassende Suchfunktion, Schnellaufruf von Notfallnummern; KH-Betrieb: Mündliches, schriftliches und persönliches Unterstützungsangebot für Patienten durch Fachbereich Unternehmenskommunikation und Marketing |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | 2 Stellplätze für Menschen mit Behinderung vorhanden, Erreichbarkeit über Straßenbahn Haltestellen Am grünen Feld/ Damaschkestrasse/ Vogelweide (barrierefrei) |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | vorhanden |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | vorhanden, gegenüber Zugang MZEB |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | Begleitung durch Bezugspersonen |
| BF23 | Allergearme Zimmer | Vorrangig Linoleum, mineralische, abwischbare Farben, wisch- und desinfektionsmittelbeständige Oberflächen |
| BF24 | Diätische Angebote | hochkalorische Kost |
| BF25 | Dolmetscherdienst | Bestandsliste Dolmetscher: Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Paschto, Persisch, Portugiesisch, Russisch, Slowakisch, Spanisch, Tschechisch, Ukrainisch, Ungarisch, Gebärdensprache; weitere Sprachen in Zus.arbeit mit Fremdsprachendiensten in der Stadt Halle (Saale). |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | vorhanden |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar |
|------|--|---|
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten | Kunstproj. mit der HS für Kunst und Design zur künstlerische Gestaltung unseres KH |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität: Ausbildung der Studenten im Praktischen Jahr, Famulaturen. Teilnahme an Staatsexamen. |
| FL09 | Doktorandenbetreuung | Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität nehmen wir die Aufgaben zur Doktoranden- und Diplomandenbetreuung wahr. |
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | CÄ Dr. C. Fritsch: Lehrauftrag für die Sozialpädiatrie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar |
|------|---|---|
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Die Ausbildung erfolgt direkt über das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, in Kooperation mit der CAGP. |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) | Für die Ausbildung zum Notfallsanitäter werden Praktikumsplätze im Rahmen der praktischen Ausbildung angeboten. Eine direkte Bewerbung ist nicht möglich. Es besteht eine Kooperation mit zwei Bildungseinrichtungen. |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | Die Ausbildung erfolgt direkt über das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, in Kooperation mit der CAGP. |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | Für die Ausbildung zum Physiotherapeuten/zur Physiotherapeutin werden Praktikumsplätze im Rahmen der praktischen Ausbildung angeboten. Eine direkte Bewerbung ist nicht möglich. Kooperation mit 3 Bildungseinrichtungen. |
| HB02 | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | Die Ausbildung erfolgt direkt über das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, in Kooperation mit der CAGP. |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|----|
| Betten | 82 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 350 |
| Teilstationäre Fallzahl | 53 |
| Ambulante Fallzahl | 899 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,67

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 11,13 | |
| Ambulant | 5,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 11,67 | |
| Nicht Direkt | 5 | |

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,07 | |
| Ambulant | 5,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,61 | |
| Nicht Direkt | 5 | |

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 13,59

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 13,59 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 13,59 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 25,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 25,12 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,29 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 12,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,44 | |
| Ambulant | 1,66 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,32 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 8,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,45 | |
| Ambulant | 5,87 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,32 | |
| Nicht Direkt | 5 | |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,94 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,94 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,94 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,94 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 14,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 14,61 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 14,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Anzahl Vollkräfte: 7,94

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,94 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,94 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,45 | |
| Ambulant | 0,87 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,32 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP54 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Anzahl Vollkräfte: 1,47

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,47 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 3,09

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,09 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,09 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 12,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,44 | |
| Ambulant | 1,66 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 12,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 0,9

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,9 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,9 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | |
|--|--|
| Funktion | CA Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Dirk Schaper |
| Telefon | 0345/213-4010 |
| Fax | 0345/213-4012 |
| E-Mail | d.schaper@krankenhaus-halle-saale.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Direktorium, Abteilung Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Mitarbeitervertretung, Stabsstelle Pflegequalitätsentwicklung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | CA Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Dirk Schaper |
| Telefon | 0345/213-4010 |
| Fax | 0345/213-4012 |
| E-Mail | d.schaper@krankenhaus-halle-saale.de |

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | |
|--|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Direktorium, Abteilung Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Mitarbeitervertretung, Stabsstelle Pflegequalitätsentwicklung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: Zentrale Dokumentenlenkung über "roXtra" Datum: 02.08.2021 |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Name: Prozessbeschreibung Lebensrettende Basismaßnahmen Datum: 01.09.2017 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Name: Dienstanweisung "Schmerzmessung in der Pflege" Datum: 01.10.2012 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Name: Dienstanweisung "Sturzprophylaxe" Datum: 22.06.2020 |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Dienstanweisung "Dekubitus-Prophylaxe und Therapie" Datum: 23.03.2020 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Name: Dienstanweisung "Umgang mit der Fixierung von Patienten" Datum: 08.10.2009 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Name: Dienstanweisung "Umgang mit Medizinprodukten/Anwenderpflichten" Datum: 07.08.2019 |

| | | |
|------|--|---|
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | - Qualitätszirkel - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Fallbesprechung |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Name: Beschreibung der Organisation "Standardisiertes Entlassmanagement" Datum: 26.08.2020 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Sensibilisierung der MA in Teambesprechungen, Fallveröffentlichungen im Intranet, Artikel zum Thema CIRS im Mitarbeitermagazin |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | monatlich |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 01.04.2021 |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|---------------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

| Nr. | Instrument und Maßnahme |
|------|---|
| EF03 | KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|--|
| Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygienikern | 1 | FA Hygiene und Umweltmedizin |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte | 1 | noch ohne Qualifizierung (coronabedingt) |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1 | vollständig qualifiziert, Abschluss 2020 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 7 | die Einführungsschulung erfolgt für 5 Neubesetzungen in 2021 |

| Hygienekommission | |
|--------------------------------|---------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | quartalsweise |

| Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission | |
|---|---|
| Funktion | Ärztlicher Direktor; CA Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Palliativ-, Schmerz- und Notfallmedizin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Hendrik Liedtke |
| Telefon | 0345/213-5187 |
| Fax | 0345/213-5409 |
| E-Mail | s.hertel@krankenhaus-halle-saale.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprohylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

| | |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe

| | |
|------------------------|---|
| Der Standard liegt vor | Am Standort werden keine Operationen durchgeführt |
|------------------------|---|

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

| | |
|---|----|
| Der Standard liegt vor | Ja |
| Der interne Standard thematisiert insbesondere | |
| a) Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag) | |
|--|---------------------------------|
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben | keine Intensivstation vorhanden |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 3,20 |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |

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

| MRSA | |
|---|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor | Ja |

| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening | |
|---|----|
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) | Ja |

| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang | |
|--|----|
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren | Ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|--|-----------------|---|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | MRSA-KISS | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Zertifikat Gold | Gültigkeit 2021/22 |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | | jährliche Hygienepräsenzschulung für alle MA am Standort, 1/4 jährliche Schulung der hygbeauftragten MA, online- Pflichtschulungen für alle MA, monatliche Einführungsschulungen für neue Mitarbeiter, Eingangsschulungen für Azubis, Praktikanten, Ehrenamtliche, PJ |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name: HYSA | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|--|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja | Einführung 2006 |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja | Dienstanweisung "Umgang mit Beschwerden" |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja | UUKM nimmt mündliche Beschwerden innerhalb und außerhalb des hierfür vorgesehenen Prozesses entgegen und bearbeitet diese. Ggf. wird direkter Kontakt zum Beschwerdeführer gesucht, um die Problemstellung weiter zu erörtern. |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja | UKM nimmt schriftliche Beschwerden innerhalb und außerhalb des hierfür vorgesehenen Prozesses entgegen und bearbeitet diese. Ggf. wird direkter Kontakt zum Beschwerdeführer gesucht, um die Problemstellung weiter zu erörtern. |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert | Ja | |

| Regelmäßige Einweiserbefragungen | |
|----------------------------------|--|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | |
| Kommentar | Einweiserbefragungen werden alle 3 Jahre durchgeführt. |

| Regelmäßige Patientenbefragungen | |
|----------------------------------|---|
| Durchgeführt | Ja |
| Link | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/patienten-und-angehoerige/lob-ideen-oder-kritik |
| Kommentar | Schriftliche Patientenbefragungen finden seit 1. April 2017 kontinuierlich statt. Zudem bietet die Krankenhaus-Homepage die Möglichkeit, Lob und Kritik in einem Online-Formular zu äußern. |

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

| | |
|------------------|---|
| Möglich | Ja |
| Link | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/patienten-und-angehoerige/lob-ideen-oder-kritik |
| Kommentar | Anonyme Eingaben sind über kontinuierliche Patientenbefragungen, Meinungskarten und ein Online-Formular möglich. |

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement**Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Leiter Unternehmenskommunikation und Marketing |
| Titel, Vorname, Name | Stefan Schweda |
| Telefon | 0345/213-4023 |
| E-Mail | s.schweda@krankenhaus-halle-saale.de |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Referentin Unternehmenskommunikation und Marketing |
| Titel, Vorname, Name | Elfie Ehm |
| Telefon | 0345/213-4025 |
| E-Mail | e.ehm@krankenhaus-halle-saale.de |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Referentin Unternehmenskommunikation und Marketing |
| Titel, Vorname, Name | Andrea Bergert |
| Telefon | 0345/213-4024 |
| E-Mail | a.bergert@krankenhaus-halle-saale.de |

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

| | |
|-------------------------|---|
| Link zum Bericht | |
| Kommentar | Verantwortlich für das Beschwerdemanagement zeichnet gegenüber GF der Fachbereich UKM. Erster Ansprechpartner ist Ltg. UKM. |

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher**Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher**

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Patientenfürsprecher |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Walter Asperger |
| Telefon | 0177/2870010- |
| E-Mail | patientenfuersprecher@krankenhaus-halle-saale.de |

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

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

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Nein

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 0 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |

Erläuterungen

Kooperationsapotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

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

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

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

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

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

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Name: Umgang mit AZM Letzte Aktualisierung: 26.04.2019 |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |

| | | |
|------|---|--|
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses | |
|---|--|
| Zugeordnete Notfallstufe | Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Ja (siehe A-14.3) |

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

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

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

| | |
|--|------|
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? | Ja |

**B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten /
Fachabteilungen****B-1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie****B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"**

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Claudia Bahn |
| Telefon | 0345/213-4351 |
| Fax | 0345/213-4352 |
| E-Mail | sekretariat.ptm@krankenhaus-halle-saale.de |
| Straße/Nr | Mauerstraße 5 |
| PLZ/Ort | 06110 Halle (Saale) |
| Homepage | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unser-krankenhaus/kliniken-abteilungen/klinik-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

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

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|--|
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | Vorrangig depressive Störungen und Angsterkrankungen; Kombinationsbehandlung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und bei Bedarf medikamentöse Behandlung (z. B. Antidepressiva). |
| VP12 | Spezialsprechstunde | sh. in diesem Qualitätsbericht Abschnitt B-[12].8 |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | Tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie und spezifischer psychotherapeutischer Verfahren (Körpertherapie, Musik- und Tanz-/Gestaltungsth., Entspannungsverfahren) in einer therapiezielorientierten stationären Therapie durch ein multidisziplinäres Team. Somatisch/Psychos. Kooperation mit MED I. |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | Störungen der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, onkologische Leiden). |
| VP00 | („Sonstiges“) | Spezifisches Therapieangebot (Körperbildarbeit; Familiengespräche) für Patienten mit Magersucht, Ess-, Brechsucht und Adipositas. |

| | | |
|------|--|---|
| VP14 | Psychoonkologie | Psychoonkologie ist Teil des Behandlungskonzeptes für die Tumorpatienten im Brust- und Darmzentrum. Multiprofessionelles Team bestehend aus ärztlichen Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Fachschwestern, die Kooperationspartner im Brust- und Darmzentrum sind. |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | Bei jungen Erwachsenen (18-25 Jahre). |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Gesamte Palette der angeführten Störungen; vorrangig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit fallweiser Psychopharmaka-Unterstützung. |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | Gesamte Palette außer schwersten Borderline-Störungen; vorrangig tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit fallweiser Psychopharmaka-Unterstützung. |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 71 |
| 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

| | |
|-------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|-------------|---|

| Behandlung erwachsener Patienten mit Essstörungen | |
|---|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Kommentar | CÄ Dr. C. Bahn; Begrenzung auf 60h/Quartal |

| Essstörungen | |
|--------------------|-----------------------|
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |
| Kommentar | CÄ Dr. C. Bahn |

| Hinzuzuziehende Fachdisziplin für Ambulanz für spezialfachärztliche Versorgung mit den SP Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie sowie Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie | |
|---|---|
| Ambulanzart | Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (AM17) |
| Kommentar | Als hinzuzuziehende Fachdisziplinen sind vertreten: Anästhesiologie, Gefäßchirurgie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Nephrologie und Frauenheilkunde |
| Angebotene Leistung | onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29) |

| KV Service-Terminsprechstunde | |
|-------------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Kommentar | Dr. A. Schmiedeberg |

| KV Service-Terminsprechstunde | |
|-------------------------------|---|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04) |
| Kommentar | CÄ Dr. C. Bahn |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,11

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,11 | |
| Ambulant | 1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,11 | |
| Nicht Direkt | 1 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 22,82958

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,29 | |
| Ambulant | 1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,29 | |
| Nicht Direkt | 1 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 55,03876

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|------------------------------|
| AQ53 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | CÄ Dr. C. Bahn für 36 Monate |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|---------------------------------|--|
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | CÄ Dr. C. Bahn; volle Befugnis: berufsbegleitend |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,36

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,36 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,36 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11,16352

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ20 | Praxisanleitung |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|----------------------|
| ZP06 | Ernährungsmanagement |
| ZP08 | Kinästhetik |

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 5,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,25 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 13,52381

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,82

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,82 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,82 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 86,58537

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 1 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 1 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel | 3000 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | DM Manuela Elz |
| Telefon | 0345/213-5901 |
| Fax | 0345/213-5903 |
| E-Mail | sekretariat.kjpp@krankenhaus-halle-saale.de |
| Straße/Nr | Mauerstraße 5 |
| PLZ/Ort | 06110 Halle (Saale) |
| Homepage | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unser-krankenhaus/kliniken-abteilungen/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

**B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit /
Fachabteilung**

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|---|--|
| VK28 | Pädiatrische Psychologie | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | Alle affektiven Störungen im Kindes- und Jugendalter werden überwiegend psychotherapeutisch, bei Indikation auch medikamentös behandelt. Therapie als Einzel-/Gruppengespräche und Fachtherapien (Kunst-, Gestaltungs- und Ergotherapie), begleitend: Familientherapie. |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | Diagnostik verursachender und aufrechterhaltender Lebensbedingungen des Kindes. Behandlung nach einem multimodalem Therapieansatz, tiefenpsychologische, verhaltens-/familientherapeutische Verfahren. Multimodales Behandlungskonzept. |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | Qualifizierte Entgiftung mit beginnender psychotherapeutischer Einflussnahme auf das Konsumverhalten, Einbezug der Familien/der sozialen Strukturen, in denen der Patient lebt. Perspektive in Bezug auf Schule/Lehre, evtl. Übergang in eine Langzeitentwöhnung wird mit dem Patienten geplant/vorbereitet. |

| | | |
|------|---|--|
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | Neurologische und psychologische Diagnostik auf allen Ebenen der Störungswirkungen. Nutzung der multiprofessionellen Möglichkeiten. Planung und Vorbereitung der weiteren Behandlung, Förderung nach Entlassung. |
| VK27 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes | Schwerpunkt der Klinik Essstörungen - Anorexia nervosa, tiefenpsychologisch-systemischer Ansatz |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | Informationen zu unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik finden Sie unter B-11. |
| VP00 | („Sonstiges“) | Alle Leistungsinhalte finden sich unter den genannten Details im identischen Versorgungsschwerpunkt. |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | Die häufig bereits ambulant diagnostizierten Krankheitsbilder werden bei besonderer Ausprägung und dem Vorhandensein komplizierender Faktoren auch stationär betreut. Einweiser sind niedergelassene Kollegen und die eigene Institutsambulanz. |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | Diagnostik verursachender und aufrechterhaltender Lebensbedingungen des Kindes. Behandlung nach einem multimodalem Therapieansatz, tiefenpsychologische, verhaltens-/familietherapeutische Verfahren. Spezielle Trainingsformen des Verhaltens/ Fachtherapien. |

| | | |
|------|---|--|
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | Diese kommt insbesondere zum Tragen bei der stationären Behandlung von Essstörungen. Es besteht eine Kooperation mit der Kinderklinik im Kinderzentrum. |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | Ein Hauptaufgabengebiet der Klinik ist die Diagnostik und Behandlung der erwähnten Störungen in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Ausgenommen sind Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. |
| VP12 | Spezialsprechstunde | sh. in diesem Qualitätsbericht Abschnitt B-[13].8 |

| | | |
|------|--|---|
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | Diese im Jugendalter seltene Erkrankung wird leitliniengerecht diagnostiziert, medikamentös und begleitend psychotherapeutisch behandelt. |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Speziell die posttraumatischen Belastungsstörungen werden durch besonders dafür ausgebildete Therapeuten behandelt. Schwerpunkt unserer Klinik. Somatoforme Störungen werden im Rahmen des Kinderzentrums frühzeitig diagnostiziert und teils gemeinsam weitergeführt |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | Intelligenzstörungen werden ausführlich und unter Verwendung verschiedenster altersangepasster Testverfahren diagnostiziert. Die Behandlung erfolgt meistens nur im Rahmen der Therapie zusätzlicher Verhaltensstörungen. Empfehlungen für den Schul- und Bildungsweg werden gegeben. |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 279 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|--------------------|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|--------------------|---|

| Institutsambulanz | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02) |
| Kommentar | psychiatrische, psychologische Diagnostik seelisch bedingter Krankheiten/Störungen, kombiniertes therapeutisches Angebot, Vor- und Nachbehandlung bei stationären Therapieaufenthalten, ambulante Vorbehandlung drogenabhängiger Jugendlicher, spezielle Traumasprechstunde |
| Angebotene Leistung | Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz (VP00) |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VP12) |

| Zentrale Notaufnahme | |
|----------------------------|---|
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Kommentar | Anästhesiologisch-intensivmedizinisch geleitete zentrale Notaufnahme für Erwachsene (und Kinder) für die Erstversorgung, Diagnostik, Therapie und hausinterne Weiterversorgung in den angegebenen Fachkliniken. |
| Angebotene Leistung | Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie (VC00) |
| Angebotene Leistung | Gynäkologie und Geburtshilfe (VG00) |
| Angebotene Leistung | Innere Medizin (VI00) |
| Angebotene Leistung | Kinderchirurgie (VK31) |
| Angebotene Leistung | Kinderheilkunde (VK00) |

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|---|------|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,95

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,41 | |
| Ambulant | 4,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,95 | |
| Nicht Direkt | 4 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 37,65182

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,71

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,17 | |
| Ambulant | 4,54 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,71 | |
| Nicht Direkt | 4 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 88,01262

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|----------------------------|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | CÄ DM M. Elz für 48 Monate |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,23

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,23 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,23 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 38,58921

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 25,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 25,12 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11,10669

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,29

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,29 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,29 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 962,06897

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss |
|------|--|
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches |
| PQ20 | Praxisanleitung |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr. | Zusatzqualifikation |
|------|-----------------------|
| ZP24 | Deeskalationstraining |
| ZP08 | Kinästhetik |

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 6,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,44 | |
| Ambulant | 1,66 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 62,83784

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 372

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 382,19178

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 6,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,45 | |
| Ambulant | 4,87 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,32 | |
| Nicht Direkt | 4 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 192,41379

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,94

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,94 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,94 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 296,80851

B-3 Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung
"Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie"**

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilungsschlüssel | 3060 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt | |
|--------------------------|---|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | DM Manuela Elz |
| Telefon | 0345/213-5901 |
| Fax | 0345/213-5903 |
| E-Mail | sekretariat.kjpp@krankenhaus-halle-saale.de |
| Straße/Nr | Mauerstraße 5 |
| PLZ/Ort | 06110 Halle (Saale) |
| Homepage | https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unser-krankenhaus/kliniken-abteilungen/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

**B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit /
Fachabteilung**

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar |
|------|--|--|
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | Nach einer genauen neurologischen und psychologischen Diagnostik wird auf allen Ebenen der Störungsauswirkungen mit gezielten Förderungen begonnen. Förderung nach der Entlassung, z.B. in der eigenen Ambulanz. Enge Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum. Tagesklinische Behandlung möglich. |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Speziell die posttraumatischen Belastungsstörungen werden durch besonders dafür ausgebildete Therapeuten behandelt. Schwerpunkt unserer Klinik. Somatoforme Störungen werden im Rahmen des Kinderzentrums frühzeitig diagnostiziert und teils gemeinsam weitergeführt. |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | Diagnostik verursachender und aufrechterhaltender Lebensbedingungen des Kindes. Behandlung nach einem multimodalem Therapieansatz, tiefenpsychologische, verhaltens-/ familientherapeutische Verfahren. Spezielle Trainingsformen des Verhaltens/ Fachtherapien. |

| | | |
|------|---|---|
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | Diese im Jugendalter seltene Erkrankung wird leitliniengerecht diagnostiziert, medikamentös und begleitend psychotherapeutisch behandelt. Nach Beendigung der stationären Behandlung ist eine Weiterführung der Therapie in der Tagesklinik möglich. |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | Diagnostik verursachender und aufrechterhaltender Lebensbedingungen des Kindes . Behandlung nach einem multimodalem Therapieansatz, tiefenpsychologische, verhaltens-/ familientherapeutische Verfahren. Multimodales Behandlungskonzept. |
| VP12 | Spezialsprechstunde | sh. in diesem Qualitätsbericht Abschnitt B-[14].8 |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | Intelligenzstörungen werden ausführlich und unter Verwendung verschiedenster altersangepasster Testverfahren diagnostiziert. Die Behandlung erfolgt im Rahmen zusätzlicher Verhaltensstörungen. Empfehlungen für den Schul- und Bildungsweg werden gegeben. Behandlung erfolgt stationär/tagesklinisch. |

| | | |
|------|---|---|
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | Alle affektiven Störungen im Kindes- und Jugendalter werden überwiegend psychotherapeutisch, bei Indikation auch medikamentös behandelt. Therapie als Einzel-/Gruppengespräche und Fachtherapien (Kunst-, Gestaltungs- und Ergotherapie), begleitend: Familientherapie. |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | Ein Hauptaufgabengebiet der Klinik ist die Diagnostik und Behandlung der erwähnten Störungen in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Ausgenommen sind Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. Die Behandlung kann stationär und auch tagesklinisch erfolgen. |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | Die häufig bereits ambulant diagnostizierten Krankheitsbilder werden bei besonderer Ausprägung und dem Vorhandensein komplizierender Faktoren auch stationär betreut. Einweiser sind niedergelassene Kollegen und die eigene Institutsambulanz. Die Behandlung kann auch tagesklinisch erfolgen. |
| VP00 | („Sonstiges“) | Alle Leistungsinhalte finden sich unter den genannten Details im identischen Versorgungsschwerpunkt. |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 53 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Institutsambulanz | |
|---------------------|--|
| Ambulanzart | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02) |
| Kommentar | psychiatrische, psychologische Diagnostik seelisch bedingter Krankheiten/Störungen, kombiniertes therapeutisches Angebot, Vor- und Nachbehandlung bei stationären Therapieaufenthalten, ambulante Vorbehandlung drogenabhängiger Jugendlicher, eine spezielle Traumasprechstunde |
| Angebotene Leistung | Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz (VP00) |
| Angebotene Leistung | Spezialsprechstunde (VP12) |

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| Zulassung vorhanden | |
|--|------|
| Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | Nein |
| Stationäre BG-Zulassung vorhanden | Nein |

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,61 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,61

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,61 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,61 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar |
|------|---|----------------------------|
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | CÄ DM M. Elz für 48 Monate |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3.11.2 Pflegepersonal

Wochenarbeitszeit

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,75 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,75 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------|---|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 432 | 99,31 | unverschuldete Unterdokumentation gem. § 24 Absatz 1 Satz 4 DeQS-RL. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Geburtshilfe | 1983 | 100,05 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | 283 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|---------------|------------------------------|--|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation | 112 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 47 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation | 15 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Hüftendoprothesenversorgung | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | (Datenschutz) | (Datenschutz) | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel | 17 | 94,12 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|---|
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 67 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation | 9 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Karotis-Revaskularisation | 35 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Knieendoprothesenversorgung | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie | 305 | 100,0 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet |
| Neonatologie | 336 | 92,26 | unverschuldete Unterdokumentation gem. § 24 Absatz 1 Satz 4 DeQS-RL. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|--|----------|------------------------------|---|
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 247 | 100,4 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses |
|---|----------|------------------------------|---|
| Leberlebenspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebenspende | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation | 0 | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | 1293 | 100,15 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind. |

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[2] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[3] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[4] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[5] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[6] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[7] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[8] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[9] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[10] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[11] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[12] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[13] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[14] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[15] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[16] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[17] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[18] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[19] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[20] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[21] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[22] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[23] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[24] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[25] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[26] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[27] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[28] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[29] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[30] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[31] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[32] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[33] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[34] Ergebnisse der Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-1.2.[35] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [— (vgl. Hinweis auf Seite 2)]

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

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

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Ergebnis-ID | 2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,77% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,73 - 98,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232000_2005 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,63 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,83% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,79 - 98,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232001_2006 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,69 - 98,80% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) |
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 97,54% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,25 - 97,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232002_2007 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,86% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 97,26% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 93,21% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,08 - 93,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 83,04% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 82,89 - 83,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,64% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,49 - 92,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 92,7% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,52 - 92,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,49% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,41 - 96,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 95,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,77 - 96,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,68% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,62 - 98,73% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 98,64% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,57 - 98,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert) |
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 15,52% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,35 - 15,69% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232008_231900 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 17,06% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 16,92 - 17,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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 einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,98 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232007_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 37,83 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232010_50778 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,03 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 37,83 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Ergebnis-ID | 50722 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,76% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,69 - 96,82% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

| Leistungsbereich | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle) |
| Ergebnis-ID | 232009_50722 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%) | 0,00 |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Ergebnis auf Bundesebene | 96,71% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,63 - 96,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) |

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| Nr. | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis | Anzahl (Personen) |
|------------|--|--------------------------|
| 1 | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 8 |
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen | 1 |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 0 |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Anhang**

| Diagnosen zu B-1.6 | | |
|---------------------------|-----------------|---|
| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| F33.1 | 27 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F32.1 | 16 | Mittelgradige depressive Episode |
| F33.2 | 7 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F43.1 | 5 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F50.1 | 5 | Atypische Anorexia nervosa |
| F50.2 | 5 | Bulimia nervosa |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F40.1 | (Datenschutz) | Soziale Phobien |
| F41.1 | (Datenschutz) | Generalisierte Angststörung |
| F44.4 | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F61 | (Datenschutz) | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |

| Prozeduren zu B-1.7 | | |
|----------------------------|-----------------|--|
| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
| 9-649.21 | 349 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.20 | 245 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.43 | 177 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.30 | 169 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.44 | 142 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.31 | 135 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.22 | 123 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.42 | 101 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.45 | 101 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-634 | 99 | Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-649.10 | 67 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.40 | 65 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.41 | 61 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.46 | 52 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 6 bis 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.11 | 49 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.37 | 33 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-607 | 31 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-649.47 | 31 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 7 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.23 | 19 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.32 | 18 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.1a | 15 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.33 | 11 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-642 | 9 | Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-649.19 | 9 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.48 | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 8 bis 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.1b | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.12 | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.38 | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.24 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.34 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-649.36 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.0 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche |
| 9-649.13 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.14 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.16 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.17 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.18 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.1c | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.1d | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.35 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.39 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.49 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 9 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-649.4c | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 12 bis 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.6 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |
| 9-984.7 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| F92.8 | 43 | Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| F43.2 | 35 | Anpassungsstörungen |
| F43.0 | 29 | Akute Belastungsreaktion |
| F32.1 | 27 | Mittelgradige depressive Episode |
| F92.0 | 22 | Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung |
| F93.8 | 15 | Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters |
| F43.1 | 11 | Posttraumatische Belastungsstörung |
| F91.3 | 9 | Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten |
| F40.1 | 7 | Soziale Phobien |
| F90.1 | 7 | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens |
| F93.0 | 6 | Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters |
| F94.2 | 6 | Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung |
| F20.0 | 5 | Paranoide Schizophrenie |

Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| F94.1 | 5 | Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters |
| F33.1 | 4 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F41.0 | 4 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] |
| F12.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung |
| F19.0 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| F19.5 | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung |
| F21 | (Datenschutz) | Schizotype Störung |
| F23.0 | (Datenschutz) | Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie |
| F23.3 | (Datenschutz) | Sonstige akute vorwiegend wahnhaft psychotische Störungen |
| F23.8 | (Datenschutz) | Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen |
| F25.1 | (Datenschutz) | Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv |
| F25.2 | (Datenschutz) | Gemischte schizoaffective Störung |
| F25.8 | (Datenschutz) | Sonstige schizoaffective Störungen |
| F31.8 | (Datenschutz) | Sonstige bipolare affektive Störungen |
| F32.2 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.3 | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen |
| F33.2 | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F41.2 | (Datenschutz) | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F42.1 | (Datenschutz) | Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale] |
| F42.2 | (Datenschutz) | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| F44.4 | (Datenschutz) | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F45.1 | (Datenschutz) | Undifferenzierte Somatisierungsstörung |
| F50.1 | (Datenschutz) | Atypische Anorexia nervosa |
| F63.3 | (Datenschutz) | Trichotillomanie |
| F63.8 | (Datenschutz) | Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle |
| F84.1 | (Datenschutz) | Atypischer Autismus |
| F91.0 | (Datenschutz) | Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens |
| F91.1 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen |
| F92.9 | (Datenschutz) | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet |
| F98.1 | (Datenschutz) | Nichtorganische Enkopresis |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-696.52 | 514 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.0 | 293 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-656 | 256 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 9-696.35 | 224 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-693.10 | 201 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mindestens 1 bis zu 2 Stunden pro Tag |
| 9-696.15 | 198 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.12 | 162 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-983.1 | 155 | Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung) |
| 9-672 | 140 | Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 9-696.55 | 134 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-983.0 | 131 | Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und/oder Intensivbehandlung) |
| 9-696.32 | 108 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.19 | 105 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.16 | 96 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-983.2 | 91 | Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung) |
| 9-696.36 | 73 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-207.0 | 69 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) |
| 9-696.39 | 66 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 9-696.37 | 61 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.34 | 57 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.38 | 53 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.18 | 52 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-693.11 | 49 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mehr als 2 bis zu 4 Stunden pro Tag |
| 9-696.13 | 49 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.17 | 47 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3a | 47 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.33 | 41 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1a | 40 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.11 | 37 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.58 | 33 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.14 | 32 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.31 | 32 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1b | 31 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.10 | 28 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 9-693.12 | 27 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mehr als 4 bis zu 8 Stunden pro Tag |
| 9-696.3b | 24 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.51 | 24 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.54 | 24 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3c | 23 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-693.14 | 22 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag |
| 9-693.13 | 21 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag |
| 9-696.30 | 21 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.3d | 18 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.53 | 18 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1d | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5b | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.7 | 15 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 |
| 9-696.1c | 14 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1g | 13 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: Mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-693.15 | 10 | Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mehr als 18 Stunden pro Tag |
| 9-696.57 | 9 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-696.1e | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5e | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5a | 7 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-693.00 | 6 | Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen: Mindestens 1 bis zu 2 Stunden pro Tag |
| 9-696.3g | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: Mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3e | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.23 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.40 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.5c | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5d | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.8 | 4 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |
| 1-207.1 | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden) |
| 3-800 | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 9-694.1 | (Datenschutz) | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 2 Behandlungstage |
| 9-694.4 | (Datenschutz) | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 5 Behandlungstage |
| 9-694.5 | (Datenschutz) | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 6 Behandlungstage |
| 9-694.7 | (Datenschutz) | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 8 Behandlungstage |
| 9-694.9 | (Datenschutz) | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 10 Behandlungstage |

Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|--|
| 9-696.1f | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.25 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3f | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.50 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.56 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.59 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5f | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5g | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 17 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5h | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 18 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-984.6 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 |

Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| F43.2 | 24 | Anpassungsstörungen |
| F92.0 | 4 | Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung |
| F92.8 | 4 | Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| F93.2 | 4 | Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters |
| F94.1 | 4 | Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters |
| F20.0 | (Datenschutz) | Paranoide Schizophrenie |
| F32.1 | (Datenschutz) | Mittelgradige depressive Episode |
| F41.2 | (Datenschutz) | Angst und depressive Störung, gemischt |
| F90.1 | (Datenschutz) | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens |
| F91.3 | (Datenschutz) | Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten |
| F93.0 | (Datenschutz) | Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters |
| F93.8 | (Datenschutz) | Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters |
| F94.0 | (Datenschutz) | Elektiver Mutismus |
| F94.2 | (Datenschutz) | Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|---|
| 9-696.52 | 116 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.12 | 88 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-656 | 67 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 9-983.6 | 66 | Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ7 (Tagesklinische Behandlung) |
| 9-696.32 | 50 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.15 | 40 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.16 | 40 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.0 | 27 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.18 | 25 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.55 | 25 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.37 | 22 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.54 | 20 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-207.0 | 19 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) |
| 9-696.51 | 17 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.35 | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.36 | 16 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.19 | 15 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 10 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|----------|--|
| 9-696.11 | 13 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.56 | 12 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.33 | 11 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.39 | 10 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.14 | 9 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1b | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.31 | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.53 | 8 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.13 | 7 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.17 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.38 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.57 | 6 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1c | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 13 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1d | 5 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1a | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.23 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|------------|---------------|---|
| 9-696.34 | 4 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche |
| 1-207.1 | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden) |
| 1-207.x | (Datenschutz) | Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige |
| 9-696.10 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.1e | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.1g | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: Mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.25 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3a | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 11 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3b | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3d | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 14 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.3e | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.40 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche |
| 9-696.58 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.59 | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 10 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5b | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 12 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5e | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 15 Therapieeinheiten pro Woche |
| 9-696.5f | (Datenschutz) | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 16 Therapieeinheiten pro Woche |

Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung |
|-------------------|-----------------|---|
| 9-983.0 | (Datenschutz) | Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und/oder Intensivbehandlung) |
| 9-984.8 | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 |

Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 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.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website www.derprivatpatient.de enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

PKV-Standorte

Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln
Postfach 51 10 40 50946 Köln

Büro Berlin

Heidestraße 40
10557 Berlin
Telefon +49 30 204589-66
Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH (www.saatmann.de).