



Verbund Gemeindenahe Psychiatrie - Holzhäuser Str. 74
(772888000)

Strukturierter Qualitätsbericht

nach §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Berichtsjahr 2021



	Einleitung	5
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	6
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	8
A-9	Anzahl der Betten	9
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2	Pflegepersonal	9
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	9
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	10
A-12.1	Qualitätsmanagement	10
A-12.1.1	Verantwortliche Person	10
A-12.1.2	Lenkungsgremium	10
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	10

A-12.2.1	Verantwortliche Person	10
A-12.2.2	Lenkungsgremium	11
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	11
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	12
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	12
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	13
A-12.3.1	Hygienepersonal	13
A-12.3.1.1	Hygienekommission	13
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	13
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	13
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	13
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	13
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	13
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	14
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	14
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	14
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	15
A-12.5.2	Verantwortliche Person	15
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	15
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	15
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	16
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	16
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	16
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	16
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	16
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	18
B-[2960]	Verbund Gemeindenahe Psychiatrie - Holzhäuser Str. 74	18
B-[2960].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	18

B-[2960].1.1	Fachabteilungsschlüssel	18
B-[2960].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	18
B-[2960].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[2960].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	19
B-[2960].6	Hauptdiagnosen nach ICD	19
B-[2960].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	19
B-[2960].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	20
B-[2960].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	20
B-[2960].11	Personelle Ausstattung	20
B-[2960].11.1	Ärzte und Ärztinnen	20
B-[2960].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	21
B-[2960].11.2	Pflegepersonal	21
B-[2960].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	21
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	22

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 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 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung
Titel, Vorname, Name	Michael Müller
Telefon	0341 909 3100
Fax	0341 909 1474
E-Mail	michael.mueller@sanktgeorg.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Dr. Iris Minde, Claudia Pfefferle;
Telefon	0341 909 0
Fax	0341 909 2155
E-Mail	info@sanktgeorg.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	https://www.sanktgeorg.de/home.html
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/qualitaetsberichte.html

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute.html	Überblick über die interdisziplinären Behandlungszentren der Klinikum St. Georg gGmbH
2	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen.html	Überblick über die Kliniken und Abteilungen der Klinikum St. Georg gGmbH und des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH

Datum der Erstellung des Berichts

13.11.2022

Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML

3M Medica - 3M Deutschland GmbH
Health Information Systems

Verwendete Software mit Versionsangabe

3M Qualitätsbericht (Version 2022.7.1.0)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Verbund Gemeindenahe Psychiatrie - Holzhäuser Str. 74
PLZ	04299
Ort	Leipzig
Straße	Holzhäuser Str.
Hausnummer	74
IK-Nummer	261400530
Standort-Nummer	772888000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	0341
Telefon	8692060
E-Mail	vgp-suedost@sanktgeorg.de
Krankenhaus-URL	https://www.sanktgeorg.de/home.html

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Iris Minde
Telefon	0341 909 0
Fax	0341 909 2155
E-Mail	info@sanktgeorg.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin/ Arbeitsdirektorin
Titel, Vorname, Name	Claudia Pfefferle
Telefon	0341 909 0
Fax	0341 909 2155
E-Mail	info@sanktgeorg.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza
Telefon	0341 909 2751
Fax	0341 909 2775
E-Mail	info@sanktgeorg.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Verbund Gemeindenahe Psychiatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dyrk Zedlick
Telefon	0341 909 0
Fax	0341 869 20650
E-Mail	info@sanktgeorg.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Standortleiterin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Karin-Alice Ludewig
Telefon	0341 869206 0

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	261400530

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stadt Leipzig
Träger-Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Universität Leipzig

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	MP06 - Basale Stimulation
3	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
4	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie verschiedene Gruppentherapien (z.B. Schmerztherapie, Adipositas); Herzsport über Kooperationspartner
5	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
6	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege Bereichspflege auf allen Stationen, Case Management durch speziell geschulte Pflegekräfte im Sinne der Fallsteuerung
7	MP21 - Kinästhetik
8	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie Verbund gemeindenahe Psychiatrie
9	MP27 - Musiktherapie
10	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
11	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
12	MP37 - Schmerztherapie/-management spezielle Behandlungsangebote im Schmerzzentrum des Klinikums
13	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen AOK Projekt Angehörigenberatung, Schulung z.B. zur Lagerung/Mobilisation, Sturzprophylaxe, Ernährung
14	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie Betriebsportverein
15	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Med.pfleg. Leistungsangebot

- 16 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
im Rahmen der Ergotherapie
- 17 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
durch Ergotherapeuten
- 18 MP63 - Sozialdienst
- 19 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
Beratungsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- 20 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot

- 1 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 2 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenvertreter
Titel, Vorname, Name	Roland Dittmann
Telefon	0341 909 4061
Fax	0341 909 1437
E-Mail	roland.dittmann@sanktgeorg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit

- 1 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 2 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 3 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 4 BF24 - Diätetische Angebote
- 5 BF25 - Dolmetscherdienst
Stadt Leipzig, kostenlos, SPRINT
- 6 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 7 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit
Mobilitätseinschränkungen
- 8 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 9 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

- 1 FL01 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
nähere Informationen im Kapitel B

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

- 2 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
nähere Informationen im Kapitel B
- 3 FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
nähere Informationen im Kapitel B

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 0

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0
Teilstationäre Fallzahl 65
Ambulante Fallzahl 5059
StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				3,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	0

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				3,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				4,18
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,18	Stationär	0

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				1,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt 1,5

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				1,63
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,63	Stationär	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				0,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,73	Stationär	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				2,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,48	Stationär	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Standortleiterin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Karin-Alice Ludewig
Telefon	0341 869206 0
Fax	0341 869206 50
E-Mail	vgp-suedost@sanktgeorg.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht nein

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
4	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
5	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
6	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
7	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards</p> <p>Letzte Aktualisierung: 08.11.2019</p>
8	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards Letzte Aktualisierung: 08.11.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 01.10.2015
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Verfahrensanweisungen für das Klinikum: Notfallmanagement, Patientenidentifikation, Vermeidung Eingriffsverwechslungen, Patientensicherheit im OP, Einführung einer OP- Checkliste (WHO), externe Überprüfung durch Gesellschaft für Risikoberatung und BBVL GmbH

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF14: CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	0
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	0

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Nein
--	------

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Kein Einsatz von ZVK
---------	----------------------

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl	Keine Durchführung von Operationen
---------	------------------------------------

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Keine Durchführung der Wundversorgung
---------	---------------------------------------

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgmeinstationen erhoben	Ja
---	----

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 14,6

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf
allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Nein

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Nein
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Nein

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Nein
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Nein

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Entsprechend den Empfehlungen der KRINKO und des VHD werden routinemäßige Überprüfungen durchgeführt, das bedeutet auch die Durchführung von vierteljährlichen Kontrollen von ausgewählten Medizinprodukten
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Jährliche Pflichtbelehrung für alle Mitarbeiter und zusätzlich anlassbezogene Schulungen

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja https://www.sanktgeorg.de/patienten-besucher/lob-und-beschwerde.html
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja https://www.sanktgeorg.de/patienten-besucher/lob-und-beschwerde.html
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Lob- und Beschwerdestelle
Titel, Vorname, Name	Sophie Schmidt
Telefon	0341 909 4400
Fax	0341 909 1501
E-Mail	patientenecho@sanktgeorg.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt I Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Arved Weimann
Telefon	0341 909 2201
E-Mail	arved.weimann@sanktgeorg.de

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-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? nein

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	9
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	12

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
3	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- Andere_Massnahme: Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: Sonstiges

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt Nein

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an Nein dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[2960] Verbund Gemeindenahe Psychiatrie - Holzhäuser Str. 74

B-[2960].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Verbund Gemeindenahe Psychiatrie - Holzhäuser Str. 74

B-[2960].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

- | | |
|---|--|
| 1 | 2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze) |
|---|--|

B-[2960].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dyrk Zedlick
Telefon	0341 9094130
Fax	0341 86920650
E-Mail	Dyrk.Zedlick@sanktgeorg.de
Strasse	Delitzscher Str.
Hausnummer	141
PLZ	04129
Ort	Leipzig

B-[2960].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | VP00 - („Sonstiges“) | aufsuchende Tätigkeit; Integration in das komplexe psychiatrische und gerontopsychiatrische Netzwerk der Stadt Leipzig; Öffentlichkeitsarbeit und Übernahme hoheitlicher Aufgaben, Betreuung von Selbsthilfegruppen |
| 2 | VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit |
| 3 | VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit |
| 4 | VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit |
| 5 | VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit |

Medizinische Leistungsangebote

- 6 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
aufsuchende Tätigkeit; Integration in das komplexe psychiatrische und gerontopsychiatrische Netzwerk der Stadt Leipzig; Öffentlichkeitsarbeit und Übernahme hoheitlicher Aufgaben, Betreuung von Selbsthilfegruppen
- 7 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
- 8 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
- 9 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 10 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervention, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
- 11 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
Ab 18. Lebensjahr psychiatrische Tagesklinik

B-[2960].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	65

B-[2960].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2960].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	201
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	152
3	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	144
4	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	80
5	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	73
6	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	53
7	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	52
8	9-649.22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	48
9	9-649.23	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	41
10	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	39

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
11	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	27
12	9-649.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	27
13	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	20
14	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	16
15	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	14
16	9-649.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	12
17	9-649.44	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	9
18	9-649.45	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	5
19	9-649.46	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 6 bis 7 Therapieeinheiten pro Woche	4

B-[2960].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz Erbringung aller psychiatrischen Leistungen, einschließlich Physio- und Ergotherapie

B-[2960].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
3	Psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	Psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	Psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
6	Psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

B-[2960].11 Personelle Ausstattung

B-[2960].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3,19	Fälle je VK/Person	0
--------	------	--------------------	---

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	0

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,19	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	0

B-[2960].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

3,19 Fachärzte

B-[2960].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,18	Stationär	0

B-[2960].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	0

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	0

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt		1,63	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,63	Stationär	0

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		0,73	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,73	Stationär	0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		2,48	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,48	Stationär	0

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	6
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	6
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	6