



Fachkrankenhaus Hubertusburg - Tagesklinik Torgau  
(773139000)

## **Strukturierter Qualitätsbericht**

nach §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

**Berichtsjahr 2021**



## Inhaltsverzeichnis

	Einleitung .....	6
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts .....	8
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	10
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	10
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	11
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	11
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	11
A-9	Anzahl der Betten .....	11
A-10	Gesamtfallzahlen .....	11
A-11	Personal des Krankenhauses .....	12
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	12
A-11.2	Pflegepersonal .....	12
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	12
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	13
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	13
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	14
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	14
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	14

A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	14
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	14
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	15
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	15
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	15
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	15
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	16
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	16
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	16
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	16
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	17
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	17
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	17
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	17
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	18
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	18
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	19
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	19
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	19
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	20
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	20
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz ... 4 SGB V	20
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	21
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	21
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	21
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu ... den Notfallstrukturen)	21
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	22
B-[1]	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	22

B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	22
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	23
B-[1].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	23
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	23
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	23
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	24
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	24
B-[1].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	24
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	25
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	25
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	25
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	25
B-[1].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	25
B-[1].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	26
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	26
B-[1].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	26
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	26
C	Qualitätssicherung .....	28
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	28
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	28
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	28
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	28
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	28
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	28
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	28

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	...	29
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....		29

## 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.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

ich freue mich, dass Sie sich für unser Fachkrankenhaus interessieren und präsentiere Ihnen unseren Qualitätsbericht für den Standort Torgau für das Jahr 2021.

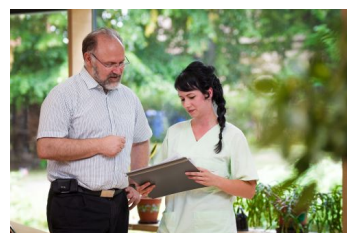
Auf den folgenden Seiten möchte ich Ihnen einen Überblick über das umfangreiche medizinisch-soziale Profil vermitteln, dass wir in unserer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie anbieten. Sollten Sie nicht alle Informationen erhalten, die Sie benötigen, finden Sie Ansprechpartner und Kontaktdaten auch auf unserer Homepage ([www.fkh-hubertusburg.de](http://www.fkh-hubertusburg.de)).

Das Fachkrankenhaus Hubertusburg als Träger der Tagesklinik unternimmt große Anstrengungen, Qualität und Patientensicherheit weiter zu steigern. Der Qualitätsbericht soll Ihnen dabei helfen, unser medizinisches Leistungsangebot und die Qualität der Behandlung einschätzen zu können. Jedoch möchte ich anmerken, dass die zahlreichen Fakten den tagesklinischen Alltag in seiner Komplexität und Individualität nicht erfassen und viele Beispiele für den hohen Standard unserer täglichen Arbeit hier nur kurz erwähnt werden. Der Qualitätsbericht kann ein persönliches Gespräch zum Klären von Fragen nicht ersetzen. Ich freue mich deshalb, wenn Sie die Möglichkeit der Kontaktaufnahme nutzen.

Weitere Informationen sowie über Angebote, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden Sie auf unserer Homepage. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, Lob und Kritik zu äußern. Unterstützen Sie uns mit Hinweisen und Vorschlägen.

Ich wünsche Ihnen nun viel Spaß beim Lesen und bedanke mich für Ihr Interesse!

Dr. Iris Minde  
Geschäftsführerin



**Verantwortliche**

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts-, Projekt- und Prozessmanagement
Titel, Vorname, Name	Patrick Karpa
Telefon	034364 6 2212
Fax	034364 5 2225
E-Mail	patrick.karpa@kh-hubertusburg.de

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Prokuristin
Titel, Vorname, Name	Birgit Schienbein
Telefon	0341 909 4915
Fax	0314 909 2014
E-Mail	birgit.schienbein@sanktgeorg.de

**Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.fkh-hubertusburg.de">http://www.fkh-hubertusburg.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	<a href="http://www.sanktgeorg.de">http://www.sanktgeorg.de</a>

**Weiterführende Links**

#	URL	Beschreibung
1	<a href="http://www.sanktgeorg.de">http://www.sanktgeorg.de</a>	Homepage Klinikum St. Georg

Datum der Erstellung des Berichts	01.10.2022
Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML	3M Medica - 3M Deutschland GmbH Version
Verwendete Software mit Versionsangabe 3M Qualitätsbericht	2022.7.1.0 (Release 30.10.2022)

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Fachkrankenhaus Hubertusburg
PLZ	04779
Ort	Wermsdorf
Straße	Gebäude
Hausnummer	63
IK-Nummer	261400596
Standort-Nummer	773222000
Standort-Nummer alt	2
Telefon-Vorwahl	034364
Telefon	60
E-Mail	info@kh-hubertusburg.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.fkh-hubertusburg.de">http://www.fkh-hubertusburg.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

##### Fachkrankenhaus Hubertusburg - Tagesklinik Torgau

PLZ	04860
Ort	Torgau
Straße	Husarenpark
Hausnummer	5
IK-Nummer	261400596
Standort-Nummer	773139000
Standort-Nummer alt	2
Standort-URL	<a href="http://www.fkh-hubertusburg.de">http://www.fkh-hubertusburg.de</a>

#### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

##### Leitung des Krankenhauses

###### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Dr. oec. Iris Minde
Telefon	0341 909 2000
Fax	0341 909 2010
E-Mail	iris.minde@sanktgeorg.de

###### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Prokuristin
Titel, Vorname, Name	Birgit Schienbein
Telefon	0341 909 4915
Fax	0341 909 2014
E-Mail	birgit.schienbein@sanktgeorg.de

###### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Grampp
Telefon	034364 6 2261
Fax	034364 6 2631
E-Mail	peter.grampp@kh-hubertusburg.de



**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Sabine Wolf
Telefon	034364 6 2280
Fax	034364 6 2635
E-Mail	sabine.wolf@kh-hubertusburg.de

**Leitung des Standorts**

**Fachkrankenhaus Hubertusburg - Tagesklinik Torgau - Verwaltungsleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Prokuristin
Titel, Vorname, Name	Birgit Schienbein
Telefon	0341 909 4915
Fax	0341 909 2014
E-Mail	birgit.schienbein@sanktgeorg.de

**Fachkrankenhaus Hubertusburg - Tagesklinik Torgau - Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Grampp
Telefon	034364 6 2261
Fax	034364 6 2631
E-Mail	peter.grampp@kh-hubertusburg.de

**Fachkrankenhaus Hubertusburg - Tagesklinik Torgau - Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitng
Titel, Vorname, Name	Sabine Wolf
Telefon	034364 6 2280
Fax	034364 6 2635
E-Mail	sabine.wolf@kh-hubertusburg.de

**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Name des Trägers	Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
Träger-Art	öffentlich

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

**Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Krankenhaus-Art	Trifft nicht zu
-----------------	-----------------

**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 | <b>MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</b><br>Psychoedukation für Angehörige psychisch Kranker; Angehörigengruppen   |
| 2 | <b>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</b><br>Absprache mit der Diätberaterin, Implementierung des Expertenstandards "Ernährung" |

# Med.pfleg. Leistungsangebot

- 3 **MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege**  
Implementierung des Expertenstandards "Entlassungsmanagement", Pflegeüberleitung, Einführung "Entlassmanagement" nach gesetzlichen Vorgaben ab 01.10.2017
- 4 **MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst**  
Tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoanalyse, Traumatherapie, verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie
- 5 **MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung**
- 6 **MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining**  
Cogpack und andere Formen kognitiven Trainings, inkl. Exekutivfunktionstraining
- 7 **MP63 - Sozialdienst**
- 8 **MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit**  
Jährliches Sommerfest der Psychiatrie, Informationsveranstaltungsreihe Wermsdorfer Gesundheitstag, Alzheimer-Telefon
- 9 **MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege**  
einmal wöchentliche Fallbesprechung
- 10 **MP40 - Spezielle Entspannungstherapie**  
u. a. autogenes Training, progressive Muskelentspannung, konzentrierte Bewegungstherapie
- 11 **MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie**
- 12 **MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie**

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

# Leistungsangebot

- 1 **NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung**  
katholische und evangelische Seelsorge auf Anfrage
- 2 **NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen**  
nach Rücksprache mit den Diätassistenten können sämtliche Sonderkostformen berücksichtigt werden

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Technischer Koordinator
Titel, Vorname, Name	B. Sc. Marc Eberhardt
Telefon	034364 6 2100
Fax	034364 6 2637
E-Mail	marc.eberhardt@kh-hubertusburg.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

# Aspekte der Barrierefreiheit

- 1 **BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift**  
keine Beschriftung des Aufzuges in Blindenschrift

# Aspekte der Barrierefreiheit

2 **BF24 - Diätetische Angebote**

nach Rücksprache mit den Diätassistenten werden sämtliche Sonderkostformen angeboten

3 **BF25 - Dolmetscherdienst**

Dolmetscher werden über die Ärzte angefordert

4 **BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal**

5 **BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen**

Behindertenparkplätze stehen zur Verfügung

6 **BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen**

Zugangs- und Eingangsbereiche sind mit Rampe versehen

7 **BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige**

sowie Stockwerksangabe

8 **BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen**

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

# Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

1 **FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten**

Lehrbeauftragter am Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches und Internationales Strafrecht und Strafprozessrecht sowie Wirtschaftsstrafrecht der Universität Passau; Lehrauftrag an der Dresdner University (DIU)

2 **FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen**

in Zusammenarbeit mit dem Klinikum St. Georg Leipzig

3 **FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)**

nur Famulatur

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

# Ausbildung in anderen Heilberufen

1 **HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner**

Die praktische Ausbildung erfolgt am Fachkrankenhaus und die theoretische Ausbildung findet im Bildungszentrum des Klinikums St. Georg Leipzig statt. Ausbildungsbeginn 1. März und 1. September.

2 **HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin**

Diese Ausbildung wird seit März 2020 nicht mehr angeboten.

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 0

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0  
 Teilstationäre Fallzahl 76  
 Ambulante Fallzahl 900  
 StäB. Fallzahl 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,4
Personal in der stationären Versorgung	1,35
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,24
Personal in der stationären Versorgung	0,49

### A-11.2 Pflegepersonal

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

	Gesamt	Ohne Fachabteilungs- zuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	2,07	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,24	0
Personal in der stationären Versorgung	1,83	0

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

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	1,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,51
Personal in der stationären Versorgung	0,74

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	1,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,2
Personal in der stationären Versorgung	1,12

#### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten,

**Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,2

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl (in Vollkräften)	0,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,48

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Personalqualifikation **SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl (in Vollkräften)	1,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,2
Personal in der stationären Versorgung	1,12

Personalqualifikation **SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe**

Anzahl (in Vollkräften)	1,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,51
Personal in der stationären Versorgung	0,74

Personalqualifikation **SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge**

Anzahl (in Vollkräften)	0,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,48

Personalqualifikation **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl (in Vollkräften)	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,2

**A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

**A-12.1 Qualitätsmanagement**

Die ordnungsgemäße Durchführung des Qualitätsmanagements wird von der Krankenhausleitung des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH verantwortet. Die Abteilung Qualitäts- und Prozessmanagement ist der Geschäftsführung als Stabsstelle untergeordnet. Sie gilt als zentraler Koordinationspunkt zu allen Fragen des Qualitätsmanagements und ist insbesondere für die Qualitätsberichte, Risiko- und Fehlermanagement sowie für die Durchführung interner Begehungen und Überprüfungen zuständig.

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Patrick Karpa
Telefon	034364 6 2212
Fax	034364 5 2225
E-Mail	patrick.karpa@kh-hubertusburg.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	Ja
--	----

#### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Prokuristin, Kaufmännische Leiterin, Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleitung, Leiter Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	eigenständige Position für Risikomanagement
---	---

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Prokuristin
Titel, Vorname, Name	Birgit Schienbein
Telefon	0341 909 4915
Fax	0341 909 2014
E-Mail	birgit.schienbein@sanktgeorg.de

### 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	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
---	---

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Prokuristin, Kaufmännische Leitung, Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleitung, Verwaltung, Abteilungsleiter und Geschäftsführer der St. Georg Unternehmensgruppe
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

#### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<b>RM04: Klinisches Notfallmanagement</b> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 01.11.2019
2	<b>RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen</b>
3	<b>RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen</b>
4	<b>RM18: Entlassungsmanagement</b> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Nutzung eines standardisierten Konzepts zum Entlassungsmanagement"Expertenstandard Entlassungsmanagement" Letzte Aktualisierung: 11.11.2021

#### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Andere: PSAG

#### 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	<b>IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor</b> Letzte Aktualisierung: 10.06.2014
2	<b>IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen</b> Frequenz: monatlich
3	<b>IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem</b> Frequenz: bei Bedarf

##### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja  
 Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich  
 Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Aufrüstung technische Ausstattung und organisatorische Ablaufänderungen

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

##### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Das Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH hat hygienische Richtlinien im Hygieneplan festgehalten. Sie gelten verbindlich für alle Mitarbeiter.

Unsere Mitarbeiter werden jährlich zu Fragen der Hygiene durch die Hygienefachschwester bzw. den hygienebeauftragten Arzt des Hauses geschult. Alle sensiblen Bereiche werden fortlaufend kontrolliert.

### **A-12.3.1 Hygienepersonal**

#### **Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker**

Anzahl (in Personen) 1

#### **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) 1

#### **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? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission quartalsweise

#### **Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Leitung

Titel, Vorname, Name Dr. Peter Grampp

Telefon 034364 6 2261

Fax 034364 6 2631

E-Mail peter.grampp@kh-hubertusburg.de

### **A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

Die Sicherstellung der hygienebezogenen Aspekte hinsichtlich des klinischen Risikomanagements wird durch den Kommissionsvorsitzenden Herrn Dr. med. Grampp verantwortet. Seine Arbeit wird von den Hygienebeauftragten in der Pflege, den Funktionsabteilungen sowie vom ärztlichen Dienst unterstützt. Grundanliegen ist die Einhaltung der Anforderungen im Arbeitsprozess und im besonderen Maße die Vermeidung nosokomialer Infektionen sowie das vorbeugende Erkennen von Gefahrenstellen für Patienten und Personal.

#### **A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

##### **Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor**

Auswahl Nein

##### **Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor**

Auswahl Nein



### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

Auswahl Nein

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Nein
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Nein
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Nein

#### Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

#### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminstationen erhoben Ja

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 6,3

#### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Keine Intensivstation vorhanden

#### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Entfällt für den Standort

#### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Nein

**Umgang mit Patienten mit MRE (1)**

#	Option	Auswahl
2	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

**Umgang mit Patienten mit MRE (2)**

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

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Im aktuellen Hygieneplan des FKH sind alle notwendigen hygienischen Maßnahmen festgelegt:

- Meldepflicht, Personalhygiene, allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen bei Erkrankungen, Aufbereitung (Desinfektion, Sterilisation), Küchenhygiene, Wäschehygiene, Entsorgung, bereichsspezifische Hygienepläne und Desinfektionspläne
- Hygienebeauftragte der Station werden vierteljährlich unterwiesen, zudem findet einmal jährlich für alle Mitarbeiter eine Hygieneschulung inkl. Händedesinfektion statt
- interne Hygienebegehungen werden durch die Hygienefachschwester sowie die Pflegedienstleitung jährlich durchgeführt. Diese werden anhand einer Checkliste überprüft.
- vierteljährlicher Arbeitstermin der Hygienefachschwester des FKH mit der lfd. Krankenhaushygienikerin der Abt. Klinische Krankenhaushygiene des St. Georg Klinikums vor Ort. Das FKH und St. Georg stehen hinsichtlich der hygienebezogenen Maßnahmen in enger Kooperation.
- Anbringung von öffentlichen Händedesinfektionsspendern im Eingangsbereich, Flyer für Patienten und Besucher
- enge Zusammenarbeit der Hygienefachschwester mit dem ärztlichen Personal

**Hygienebezogenes Risikomanagement**

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen  1x jährlich

**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
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja Der Patientenfürsprecher unterstützt Patienten bei Problemen und Beschwerden im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Über einen Briefkasten auf jeder Station kann er kontaktiert werden.
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <a href="http://www.sanktgeorg.de/patientenbesucher/lob-und-Beschwerde.html">http://www.sanktgeorg.de/patientenbesucher/lob-und-Beschwerde.html</a> Über das Kontaktformular "Lob und Kritik" auf der Homepage des Klinikum St. Georg haben Sie die Möglichkeit, uns anonym eine Rückmeldung zukommen zu lassen. Die Beschwerde wird anschließend an das Fachkrankenhaus weitergeleitet.
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

**Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Lob- und Beschwerdemanagement
Titel, Vorname, Name	Patrick Karpa
Telefon	034364 6 2212
Fax	034364 5 2225
E-Mail	lobundkritik@kh-hubertusburg.de

**Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	ehrenamtlicher Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Rolf Naumann
Telefon	034364 6 2699
E-Mail	ro-naumann@t-online.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-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

**Verantwortliches Gremium**

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

**A-12.5.2 Verantwortliche Person**

**Verantwortliche Person**

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

**Kontaktdaten**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Krankenhausapotheke
Titel, Vorname, Name	Dr. rer. nat. Maike Fedders
Telefon	0341 909 1200
Fax	0341 909 1203
E-Mail	maike.fedders@sanktgeorg.de

**A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

**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	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: med. RL: Medizinische Arbeitsanweisung/ Anordnung und Verabreichung von Medikamenten - med. RL: Medizinische Arbeitsanweisung/ Umgang mit Betäubungsmitteln (stationär)  Letzte Aktualisierung: 01.04.2019
2	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

**Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

- Fallbesprechungen

**Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

**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**

entfällt

### **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 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.

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

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

#### **B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart

Nicht-Bettenführend

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### **Chefarzt Dr. med. Peter Grampp**

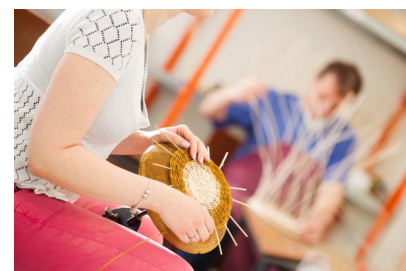
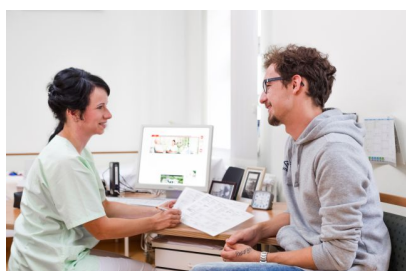
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Die Tagesklinik in Torgau mit 20 Behandlungsplätzen stellt unser wohnortnahes alternatives Angebot zur vollstationären Behandlung dar und sichert die ortsnahe reintegrative Behandlung psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandelnder Patienten. Tagsüber an den Werktagen werden hier unsere Patienten mit einem der vollstationären Versorgung vergleichbaren Angebot behandelt. Besonderen Wert legen wir hier auf die Beachtung der familiären und sozialen Lebenswelten der Patienten. Am Abend und über das Wochenende kehren die Patientinnen und Patienten in ihr häusliches Umfeld zurück. Damit steht dieses Angebot vor allem für diejenigen Patienten zur Verfügung, die stabil genug sind, ohne Risiko am Abend und am Wochenende zurecht zu kommen.

Besondere Schwerpunkte in den Tageskliniken stellen auch Behandlungen von Menschen dar, die Probleme mit der Bindung, Panik- und Angstzustände oder Probleme mit dem Umgang mit eigenen Gefühlen haben. Hier können wir in einzelnen Fällen, – wenn sich z. B. kein geeigneter ambulanter Psychotherapeut findet, die Behandlung subsidiär über die Ambulanz fortsetzen.

Die Tageskliniken stellen zudem für chronisch schwer erkrankte Menschen (beispielsweise für Menschen, die an Krebs erkrankt sind) begleitende Hilfen. Den nahe gelegenen Kliniken bieten wir hierzu auch konsiliarische Angebote an. In der Tagesklinik halten wir auch eine Institutsambulanz vor. Diese versorgt subsidiär im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages (gemäß § 118 SGB V) chronisch und schwer psychisch kranke Patienten. Über die allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsfelder hinaus werden spezialisierte Angebote für onkologische und chronische somatoforme Schmerzstörungen, Essstörungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, autistische Menschen und Krisensituationen bei intelligenzgehandicapten Menschen angeboten und vorgehalten



## B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

## B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Grampp
Telefon	034364 6 2261
Fax	034364 6 2631
E-Mail	peter.grampp@kh-hubertusburg.de
Strasse	Husarenpark
Hausnummer	5
PLZ	04860
Ort	Torgau
URL	<a href="http://www.fkh-hubertusburg.de">http://www.fkh-hubertusburg.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<b>VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems</b> Ambulanz für dementielle Störungen
2	<b>VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen</b>
3	<b>VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b> Schwerpunkt: therapieresistente schwere Persönlichkeits- und Essstörungen
4	<b>VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen</b> interdisziplinäre Behandlung geistig behinderter und autistischer Menschen (Kooperation mit den Kliniken für Neurologie und neurologische Intensivmedizin) sowie autistischer Spektrumserkrankungen
5	<b>VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen</b> Schwerpunkt: autistische Spektrumserkrankungen sowie Autismusambulanz
6	<b>VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b> ADHD- Ambulanz
7	<b>VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen</b> einschließlich Psychotherapie von Senioren

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

Vollstationäre Fallzahl 0

**B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2158
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	111
3	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	104
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	5
5	9-644	Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärer ersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen	4
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	4

**B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz
2	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Huntingtonambulanz
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Ambulanz und Krisenmodell "Verhaltensauffällige..."
4	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Sucht- und Substitutionsambulanz z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel
5	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Seniorenambulanz/ Ambulanz für degenerative zerebrale Erkrankungen
6	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	ADHD und Autismusambulanz
7	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychotherapieambulanz
8	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Asperger- und Autismusambulanz
9	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Ambulanz für genetisch begründete seelische Störungen

**B-[1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	ADHD und Autismusambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
2	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
3	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
4	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
5	Ambulanz für genetisch begründete seelische Störungen	VP12 - Spezialsprechstunde
6	Ambulanz und Krisenmodell "Verhaltensauffällige..."	VP12 - Spezialsprechstunde
7	Asperger- und Autismusambulanz	VP12 - Spezialsprechstunde
8	Huntingtonambulanz	VP12 - Spezialsprechstunde



#	Ambulanz	Leistung
9	Psychotherapieambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
10	Psychotherapieambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
11	Psychotherapieambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
12	Psychotherapieambulanz	VP14 - Psychoonkologie
13	Seniorenambulanz/ Ambulanz für degenerative zerebrale Erkrankungen	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
14	Sucht- und Substitutionsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

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

Am Fachkrankenhaus werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

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

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

### B-[1].11 Personelle Ausstattung

#### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

##### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	1,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,4
Personal in der stationären Versorgung	1,35
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

##### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	0,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,24
Personal in der stationären Versorgung	0,49
Fälle je Vollkraft	0

#### B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie
2	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie volle Weiterbildungsbefugnis für die Psychiatrie und Psychotherapie
3	AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie

**B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF35 - Psychoanalyse
3	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –
4	ZF37 - Rehabilitationswesen
5	ZF40 - Sozialmedizin
6	ZF45 - Suchtmedizinische Grundversorgung

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

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

Anzahl (in Vollkräften)	2,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,24
Personal in der stationären Versorgung	1,83
Fälle je Vollkraft	0

**B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ13 - Hygienefachkraft
	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
2	1 Mitarbeiter
	PQ20 - Praxisanleitung
3	1 Mitarbeiter

**B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl (in Vollkräften)	1,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,51
Personal in der stationären Versorgung	0,74
Fälle je Vollkraft	0

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	1,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0,2
Personal in der stationären Versorgung	1,12
Fälle je Vollkraft	0

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten,**

**Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl (in Vollkräften)	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,2
Fälle je Vollkraft	0

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl (in Vollkräften)	0,48
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,48
Fälle je Vollkraft	0

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	57
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde standortübergreifend berechnet.

##### PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde standortübergreifend berechnet.

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden

Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend

Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

entfällt

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

entfällt

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

Entfällt für den Standort.

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

entfällt

## **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	1
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

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

Der Standort des Fachkrankenhauses Hubertusburg verfügt über keinen pflegesensitiven Bereich.