

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

Klinik Haus Vogt

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 am 04.11.2025 um 14:40 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung.....	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit.....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	8
A-10 Gesamtfallzahlen.....	9
A-11 Personal des Krankenhauses.....	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	10
A-11.2 Pflegepersonal.....	10
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	11
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....	11
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	13
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	15
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....	16
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	17
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	17
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V.....	17
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	18
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	18
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	18
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	19
B-[1].1 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	19
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	19
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	20
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	20
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	20
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	20
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	20
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	20
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	21
B-[1].11 Personelle Ausstattung.....	22
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	22
B-11.2 Pflegepersonal.....	22
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	22
Teil C - Qualitätssicherung.....	25
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	25
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	25
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	25
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	25

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	25
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	25
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	25
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	25

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Einleitungstext

5.3. Leitbild und Qualitätsziele

Leitbild Klinik Haus Vogt

Tradition, Wurzeln und Trägerschaft - Die Klinik Haus Vogt ist eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Benannt nach Oskar und Cécile Vogt, sieht sie sich in einer langen Tradition der Entwicklung und Durchführung innovativer psychotherapeutischer Konzepte. Die Klinik wurde 1975 gegründet und konzipiert von dem Kinder- und Jugendpsychiater Dr. S. Drömann. Trägerin ist die 1971 von Robert Bosch und Dr. Eva Madelung gegründete Stiftung für Bildung und Behindertenförderung, heute Heidehof Stiftung. Die Heidehof Stiftung fördert Projekte und trägt Einrichtungen auf den Gebieten Bildung, Ökologie, Gesundheit, Soziales und Menschen mit Behinderung.

Behandlungskonzept - Das Behandlungskonzept orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften. Ausgehend von psychodynamischen Grundlagen integriert es eine Vielfalt von psychotherapeutischen, medizinischen, pädagogischen, schulischen, ergo- und bewegungstherapeutischen Methoden. Das interdisziplinäre Behandlungsteam erarbeitet einen auf die Erkrankung der Patient:innen abgestimmten Behandlungsplan.

Grundlagen des Behandlungskonzeptes sind die Freiwilligkeit, der Behandlungsauftrag der Patient:innen und die Unterstützung ihrer Bezugspersonen. Die Kinder und Jugendlichen werden nicht auf ihre Erkrankung reduziert, sondern mit ihren Ressourcen gesehen.

In einer von Toleranz, Offenheit, gegenseitigem Respekt und Wertschätzung geprägten Atmosphäre wird die Persönlichkeitsentwicklung der Patient:innen gefördert. Die Mitarbeitenden des Hauses sind sich der Tatsache bewusst, dass die Erkrankungen und Störungen der Patient:innen am besten durch das gemeinsame Handeln der Psycho- und Fachtherapeut:innen, Ärzt:innen, Sozialpädagog:innen und Lehrer:innen behandelt werden können. Sie akzeptieren und respektieren den jeweiligen Beitrag der einzelnen Berufsgruppen als wesentlichen Bestandteil des Behandlungsprozesses und handeln als Team zum Wohle der Kinder und Jugendlichen. Alle Mitarbeitenden tragen durch ihr Handeln zu einem gesundheits- und entwicklungsfördernden therapeutischen Milieu bei.

Das Behandlungskonzept setzt nachhaltige Entwicklungen in Gang und wirkt präventiv. Die Planung der nachstationären Versorgung und Vernetzung mit den entsprechenden Hilfesystemen sind wesentliche Inhalte der Behandlung.

Krankheitsmodell und Störungsverständnis - Die Erkrankungen, Probleme, Störungen und Symptome werden als Ausdruck unvollständig bewältigter oder fehlgeleiteter Entwicklungsaufgaben im Kontext der gesamten bio-psycho-sozialen Entwicklung verstanden. Diese machen das Zusammenwirken von medizinischen, psycho- und fachtherapeutischen, sozialpädagogischen und schulischen Hilfen notwendig. Es ist wichtig, zu untersuchen und zu

verstehen, aus welchen Gründen und in welchen Zusammenhängen die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bestimmte gesundheitsschädigende Problembewältigungsstrategien entwickelt haben. So wird es ihnen möglich, alternative, gesundheitsfördernde Lösungsstrategien zu erlernen. Die Klinik schafft Räume und Angebote, die den Kindern und Jugendlichen helfen, ihre altersgemäßen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Alle Mitarbeitenden wirken am therapeutischen Milieu mit und dienen den Patient:innen als Modell für die Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen.

Mitarbeitende - Alle Mitarbeitenden legen größten Wert auf die fachliche Qualität der Arbeit. Die Patient:innen haben Anspruch auf bestmögliche medizinische, psycho- und fachtherapeutische, sozialpädagogische und schulische Angebote. Sich kontinuierlich fachlich weiterzubilden und über den neuesten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung informiert zu sein ist für die Mitarbeitenden der Klinik unerlässlich. Dazu gehören der Austausch und die Kooperation mit Fachverbänden und die Mitarbeit in entsprechenden bundes- und landesweiten Arbeitsgemeinschaften. Ein gutes Arbeitsklima liegt im Interesse aller Mitarbeitenden und sorgt für eine hohe Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit den Zielen der Klinik.

Zielgruppe - Das Behandlungsangebot richtet sich an stationär behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Dr. med. Astrid Hammer
Position	Leitende Oberärztin
Telefon	07651 / 20080
Fax	
E-Mail	a.hammer@klinik-haus-vogt.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. med. Svea Schmutz
Position	Chefärztin
Telefon	07651 / 20080
Fax	
E-Mail	s.schmutz@klinik-haus-vogt.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.klinik-haus-vogt.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Klinik Haus Vogt
Institutionskennzeichen	260830583
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	773234000
Hausanschrift	Dennenbergstr. 5 79822 Titisee- Neustadt
Postanschrift	Dennenbergstr. 5 79822 Titisee-Neustadt
Telefon	07651 / 2008 - 10
E-Mail	info@klinik-haus-vogt.de
Internet	http://www.klinik-haus-vogt.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Dipl. Psych. Thomas Reichle	Chefarzt	07651 / 2008 - 0		reichle@klinik-haus-vogt.de
Dr. med. Svea Schmutz	Chefärztin	07651 / 2008 - 0		s.schmutz@klinik-haus-vogt.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Soz. Päd. Heike Bentz- Schuhbaum	Pädagogische Leitung	07651 / 2008 - 0		bentz-schuhbaum@klinik-haus-vogt.de
Dipl. Päd. Martin Nicklaus	Pädagogische Leitung	07651 / 2008 - 0		m.nicklaus@klinik-haus-vogt.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Betriebswirtin Barbara Laufer- Hermann	Prokuristin, Verwaltungsleitung	07651 / 2008 - 22		b.laufer@klinik-haus-vogt.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Heidehof Stiftung GmbH; Heidehofstr. 35A; 70184 Stuttgart; eMail: kontakt@heidehofstiftung.de
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserschöpfung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM62	Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		WLAN für Patienten

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Klaus Ehlert
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Telefon	07651 / 2008 - 70
Fax	
E-Mail	K.Ehlert@klinik-haus-vogt.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	40
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	208
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,35

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,81
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	39,35	Aufgrund des besonderen Konzepts ausschließlich Pädagogischer Dienst mit Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Erziehern und Heilpädagogen. Alle Mitarbeiter des Pädagogischen Dienstes sind qualifiziert anfallende pflegerische Tätigkeiten durchzuführen.
----------------------------	-------	--

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	39,35

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik**A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal****Diplom Psychologen**

Anzahl Vollkräfte	1,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,05

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,80

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,36

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	1,58
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,58

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,58

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,74

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,80

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,50

A-11.3.2 Genesungsbegleitung**Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter**

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer (SP20)
Anzahl Vollkräfte	7,80
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,80
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	7,80
Kommentar / Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr.med Astrid Hammer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Telefon	07651 / 20080
Fax	
E-Mail	a.hammer@klinik-haus-vogt.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Krankenhausleitung, Medizin, Psychotherapie, Fachtherapie, Pädagogik, Schule, Hauswirtschaft, Verwaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr.med Astrid Hammer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Telefon	07651 / 20080
Fax	
E-Mail	a.hammer@klinik-haus-vogt.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	monatliche Qualitätszirkel in allen Arbeitsbereichen, Handbücher mit Prozessbeschreibungen aller Prozesse, schriftliches Fehlermeldesystem, interne Audits, externe Audits, Überarbeitung Brandschutzkonzept. Neues Schulungskonzept

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2015-01-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

Nr.	Einrichtungswinteres Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und 0 extern auf Honorarbasis
Krankenhaushygienikerinnen

Hygienebeauftragte Ärzte und 1
hygienebeauftragte Ärztinnen

Hygienefachkräfte (HFK) 1 extern auf Honorarbasis

Hygienebeauftragte in der Pflege 0 nur Pädagogischer Dienst

Eine Hygienekommission wurde Ja
eingerrichtet

Tagungsfrequenz der Ja
Hygienekommission halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name Dr. med Anna Welling

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Oberärztin/ Hygienebeauftragte Ärztin

Telefon

Fax

E-Mail

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? nein

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? trifft nicht zu

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortsspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) teilweise

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden teilweise

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	teilweise

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Vierwöchige Bilanzgespräche mit Erhebung der Patientenzufriedenheit
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr.med. Astrid Hammer	Leitende Oberärztin/ QB	07651 / 2008 - 0		a.hammer@klinik-haus-vogt.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Dr.med Astrid Hammer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitende Oberärztin
Telefon	07651 / 20080
Fax	
E-Mail	a.hammer@klinik-haus-vogt.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar / Erläuterung	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

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

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Ja

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik		
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen		
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		

A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

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

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	3000
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr.med. Svea Schmutz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	07651 / 2008 - 0
Fax	
E-Mail	s.schmutz@klinik-haus-vogt.de
Strasse / Hausnummer	Dennenbergstrasse 5
PLZ / Ort	79822 Titisee-Neustadt.de
URL	https://klinik-haus-vogt.com/

Name	Dr.med. Dipl. Psych. Thomas Reichle
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt/ Kinder- und Jugendpsychiater
Telefon	07651 / 2008 - 0
Fax	
E-Mail	reichle@klinik-haus-vogt.de
Strasse / Hausnummer	Dennenbergstraße 5
PLZ / Ort	79822 Titisee-Neustadt
URL	

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	Es werden ausschließlich Patienten im Alter zwischen 13 und 18 Jahren behandelt.

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

Vollstationäre Fallzahl	208
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32	75	Depressive Episode
F43	66	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F40	12	Phobische Störungen
F60	8	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F90	8	Hyperkinetische Störungen
F42	6	Zwangsstörung
F50	6	Essstörungen
F84	6	Tief greifende Entwicklungsstörungen
F92	5	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	5	Emotionale Störungen des Kindesalters
F41	4	Andere Angststörungen
F61	< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F33	< 4	Rezidivierende depressive Störung
F44	< 4	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45	< 4	Somatoforme Störungen
F94	< 4	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-696	3352	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
9-656	210	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-984	12	Pflegebedürftigkeit
5-090	< 4	Inzision des (erkrankten) Augenlides
5-138	< 4	Operationen an der Sklera
5-923	< 4	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen
8-137	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte****Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)**

Anzahl Vollkräfte	4,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,35
Fälle je VK/Person	47,81609

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	2,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,81
Fälle je VK/Person	74,02135
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	

B-11.2 Pflegepersonal**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger**

Anzahl Vollkräfte	39,35	Aufgrund des besonderen Konzepts ausschließlich Pädagogischer Dienst mit Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Heilpädagogen und Erziehern. Alle Mitarbeiter des Pädagogischen Dienstes sind qualifiziert anfallende pflegerische Tätigkeiten durchzuführen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,35	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	39,35	
Fälle je VK/Person	5,28589	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

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

Anzahl Vollkräfte	1,05
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,05
Fälle je VK/Person	198,09523

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,80
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,80
Fälle je VK/Person	260,00000

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,36
Fälle je VK/Person	88,13559

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte	1,58
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,58
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,58
Fälle je VK/Person	131,64556

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,74	Ergo-, Kunst- und Musiktherapie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,74	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,74	
Fälle je VK/Person	75,91240	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,80	Motopäden
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,80	

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,80
Fälle je VK/Person	74,28571

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,50	Sozialdienst, die übrigen Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Kreativpädagogik und störungsspezifische Gruppenangebote; Erzieher sind im Pflegedienst tätig (siehe Pflegedienst)
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,50	
Fälle je VK/Person	416,00000	

Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Bundesland	Leistungsbereich	nimmt teil	Kommentar / Erläuterung
Baden-Württemberg	MRE	ja	

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

keine Angaben

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	6
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	5
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	5

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

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt