



# 2024

## Referenzbericht

Suchtmedizinische Tagesklinik Pforzheim

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das  
Jahr 2024

Übermittelt am:	11.12.2025
Automatisch erstellt am:	23.01.2026
Layoutversion vom:	29.01.2026



## Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9	Anzahl der Betten	8
A-10	Gesamtfallzahlen	9
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13	Besondere apparative Ausstattung	25
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	25
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	27
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	27
C	Qualitätssicherung	33
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	33
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	35
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	35
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	35
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	35
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	35
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	36
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	37
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	38
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	51
-	Diagnosen zu B-1.6	52
-	Prozeduren zu B-1.7	52

## - **Einleitung**

### **Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes**

Hersteller: netfutura GmbH  
Produktname: promato QBM  
Version: 3.0

### **Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Titel, Vorname, Name: Bianca Thaler  
Telefon: 07051/586-2672  
Fax: 07051/586-2700  
E-Mail: [b.thaler@kn-calw.de](mailto:b.thaler@kn-calw.de)

### **Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts**

Position: Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name: Michael Eichhorst  
Telefon: 07051/586-2730  
Fax: 07051/586-2660  
E-Mail: [k.schoen@kn-calw.de](mailto:k.schoen@kn-calw.de)

### **Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.kn-calw.de/suchtmedizinische-tagesklinik-pforzheim>  
Link zu weiterführenden Informationen: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: Zentrum für Psychiatrie Calw - Klinikum Nordschwarzwald  
Hausanschrift: Im Lützenhardter Hof 3  
75365 Calw  
Postanschrift: Im Lützenhardter Hof 3  
75365 Calw-Hirsau  
Institutionskennzeichen: 260820978  
URL: <https://www.kn-calw.de>  
Telefon: 07051/586-0  
E-Mail: [info@kn-calw.de](mailto:info@kn-calw.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Medizinischer Direktor Krankenhaus  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Gunther Essinger  
Telefon: 07051/586-2601  
Fax: 07051/586-2654  
E-Mail: [h.kahl@kn-calw.de](mailto:h.kahl@kn-calw.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Andreas Dummert  
Telefon: 07051/586-2790  
Fax: 07051/586-2725  
E-Mail: [s.zilz@kn-calw.de](mailto:s.zilz@kn-calw.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: Betriebsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Jürgen Banschbach  
Telefon: 07051/586-2270  
Fax: 07051/586-2660  
E-Mail: [k.schoen@kn-calw.de](mailto:k.schoen@kn-calw.de)

### Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Suchtmedizinische Tagesklinik Pforzheim  
Hausanschrift: Wurmberger Straße 4b  
75175 Pforzheim  
Postanschrift: Wurmberger Straße 4b  
75175 Pforzheim  
Institutionskennzeichen: 260820978  
Standortnummer: 771479000  
URL: <https://www.kn-calw.de/suchtmedizinische-tagesklinik-pforzheim>

### Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt Klinik für Suchtmedizin  
Titel, Vorname, Name: Dr. Markus Göttle  
Telefon: 07051/586-2331  
Fax: 07051/586-2668  
E-Mail: [h.kahl@kn-calw.de](mailto:h.kahl@kn-calw.de)

Position: Leitender Arzt der Tagesklinik  
Titel, Vorname, Name: Doctor medic Sorin Pavel  
Telefon: 07231/77871-700  
Fax: 07231/77871-999  
E-Mail: [tk-sucht-pforzheim@kn-calw.de](mailto:tk-sucht-pforzheim@kn-calw.de)

### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor  
Titel, Vorname, Name: Andreas Dummert  
Telefon: 07051/586-2790  
Fax: 07051/586-2725  
E-Mail: [s.zilz@kn-calw.de](mailto:s.zilz@kn-calw.de)

### Verwaltungsleitung

Position: Betriebsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Jürgen Banschbach  
Telefon: 07051/586-2270  
Fax: 07051/586-2660  
E-Mail: [k.schoen@kn-calw.de](mailto:k.schoen@kn-calw.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name: Zentrum für Psychiatrie Calw - Klinikum Nordschwarzwald, Anstalt des öffentlichen Rechts  
Art: öffentlich

### A-3 **Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum: Nein

Lehrkrankenhaus: Nein

### A-5 **Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Externe Kooperation mit BEAS Pforzheim
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunsttherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Rückfallprävention (STAR)
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Yoga, Tiefenentspannung, Klangschalentherapie, Traumreisen
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

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

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar

### Besondere Ausstattung des Krankenhauses

NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Spind, Aufenthaltsraum
------	---	--	------------------------

### Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Schwerbehindertenvertretung  
 Titel, Vorname, Name: Michael Hoch  
 Telefon: 07051/586-2610  
 Fax: 07051/586-2611  
 E-Mail: [m.hoch@kn-calw.de](mailto:m.hoch@kn-calw.de)

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
-----	------------------------------	-----------



## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	145
Ambulante Fallzahl:	1949
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB):	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	2,14	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,82	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,42	
Personal in der stationären Versorgung	1,72	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	2,14	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,82	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,42	
Personal in der stationären Versorgung	1,72	

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl	0	
--------	---	--

#### Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	3,42	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,42	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3,42	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	

Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	

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

#### **A-11.3.1      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal**

<b>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</b>		
Anzahl (gesamt)	0,73	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,73	

<b>Ergotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	1,2	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,7	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	

<b>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	0,42	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07	
Personal in der stationären Versorgung	0,35	

### Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl (gesamt)	0,65	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,65	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,65	

### A-11.3.2 Angaben zu Genesungsbegleitung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl (gesamt)	1,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,70	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	

#### SP13 Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl (gesamt)	0,84	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,84	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,19	
Personal in der stationären Versorgung	0,65	

#### SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	0,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,15	

#### SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	0,73	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,73	

#### SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl (gesamt)	0,65	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,65	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,65	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position:	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name:	Bianca Thaler
Telefon:	07051/586-2672
Fax:	07051/586-2700
E-Mail:	<a href="mailto:b.thaler@kn-calw.de">b.thaler@kn-calw.de</a>

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche:	Qualitätslenkungsausschuss: Mitglieder sind die Klinikleitung (Betriebsdirektor, Medizinischer Direktor Krankenhaus, Medizinischer Direktor Maßregelvollzug, stv. Pflegedirektor), Mitglied des Personalrats, Beauftragte für Chancengleichheit, Schwerbehindertenvertretung, Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz:	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position:	Risikomanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name:	Leonie Böcherer
Telefon:	07641/461-1906
Fax:	07641/461-2026
E-Mail:	<a href="mailto:l.boecherer@zfp-emmendingen.de">l.boecherer@zfp-emmendingen.de</a>

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet:	Ja
Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche:	ZfP übergreifend existiert eine AG für übergeordnete Festlegungen. Tagungsfrequenz alle 2 Jahre oder bei Bedarf.
Tagungsfrequenz:	Die Risikomanagementbeauftragte des ZfP Calw ist Teil der AG. bei Bedarf

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 19.02.2025
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 01.07.2025
RM06	Sturzprophylaxe	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 22.01.2025
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 30.06.2025
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 27.01.2025
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 21.01.2025
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	QM-Handbuch inkl. Risikomanagementhandbuch vom 22.01.2025

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	monatlich
Maßnahmen:	Integrierung des externen Labors ins Krankenhausinformationssystem

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	20.01.2025
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja  
 Tagungsfrequenz: monatlich

Nr.	Erläuterung
EFOO	CIRSmedical

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja  
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzender:

Position: Medizinischer Direktor Krankenhaus  
 Titel, Vorname, Name: Dr. med. Gunther Essinger  
 Telefon: 07051/586-2601  
 Fax: 07051/586-2654  
 E-Mail: [h.kahl@kn-calw.de](mailto:h.kahl@kn-calw.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Abgedeckt durch das Zentrum für Psychiatrie Calw

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

### A-12.3.2.2 Antibiotikaprofylaxe Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe nicht nötig ist.

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	10,68
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	nein
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	monatlich	Pflichtschulung jährlich für Mitarbeitende im patientennahen Bereich, alle 2 Jahre im patientenfernen Bereich.

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Systematische Patientenbefragungen mit einem internen Fragebogen werden durchgeführt. Eine stichtagsbezogene Patientenbefragung erfolgt seit dem Jahr 2022 parallel mit den 7 Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg vierteljährlich.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	nein	Kontakte zu Einweisern in Qualitätszirkeln, Fortbildungsveranstaltungen

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
 Titel, Vorname, Name: Nicole Schuster  
 Telefon: 07051/586-2692  
 Fax: 07051/586-2700  
 E-Mail: [qualitaetsmanagement@kn-calw.de](mailto:qualitaetsmanagement@kn-calw.de)

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
 Titel, Vorname, Name: Bianca Thaler  
 Telefon: 07051/586-2672  
 Fax: 07051/586-2700  
 E-Mail: [qualitaetsmanagement@kn-calw.de](mailto:qualitaetsmanagement@kn-calw.de)

Position: Qualitätsmanagementassistentin  
Titel, Vorname, Name: Claudia Bähr  
Telefon: 07051/586-2327  
Fax: 07051/586-2700  
E-Mail: [qualitaetsmanagement@kn-calw.de](mailto:qualitaetsmanagement@kn-calw.de)

#### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: – (vgl. Hinweis im Vorwort)  
Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Position: Patientenfürsprecherin für den Enzkreis und die Stadt Pforzheim  
Titel, Vorname, Name: Klaus Jaehn  
Telefon: 0710/2118754  
E-Mail: [jaehns@t-online.de](mailto:jaehns@t-online.de)

#### **Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

## 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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

### A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde keiner konkreten Person übertragen.

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0
Erläuterungen:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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 Anwendungsgebiet, 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.

#### Allgemeines

**AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen**

#### Allgemeines

**AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder**

#### Aufnahme ins Krankenhaus

**AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap KlinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln**

#### Medikationsprozess im Krankenhaus

**AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Interaktionsprogramme, Vier-Augen Prinzip



## Entlassung

### AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## **A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

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

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

Kommentar:

### **A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen**

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.

#### **Versorgung Kinder Jugendliche**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### A-13 **Besondere apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	nein	CT in Kooperation mit der Praxis "Radiologie am Schlössle". Da es sich um eine tagesklinische Einrichtung handelt, ist eine 24h Notfallverfügbarkeit nicht notwendig.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	nein	Kooperation mit dem MVZ des HELIOS Klinikums Pforzheim. Da es sich um eine tagesklinische Einrichtung handelt, ist eine 24h Notfallverfügbarkeit nicht notwendig.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	nein	MRT in Kooperation mit der Praxis "Radiologie am Schlössle". Da es sich um eine tagesklinische Einrichtung handelt, ist eine 24h Notfallverfügbarkeit nicht notwendig.

### A-14 **Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA 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**

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### A-14.3 **Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### A-14.4 **Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung**

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 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein

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

### **B-1 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik"**

Fachabteilungsschlüssel: 2953

Art: Allgemeine  
Psychiatrie/Schwer-  
punkt  
Suchtbehandlung,  
Tagesklinik

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Leitende Ärztin/Leitender Arzt:**

Position: Chefarzt Klinik für Suchtmedizin

Titel, Vorname, Name: Dr. Markus Göttle

Telefon: 07051/586-2331

Fax: 07051/586-2668

E-Mail: [h.kahl@kn-calw.de](mailto:h.kahl@kn-calw.de)

Anschrift: Im Lützenhardter Hof 3  
75365 Calw-Hirsau

URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Position: Leitender Arzt der Tagesklinik

Titel, Vorname, Name: Doctor medic Sorin Pavel

Telefon: 07231/77871-700

Fax: 07231/77871-999

E-Mail: [tk-sucht-pforzheim@kn-calw.de](mailto:tk-sucht-pforzheim@kn-calw.de)

Anschrift: Wurmberger Straße 4b  
75175 Pforzheim

URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

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

##### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar</b>
	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	



**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik**

Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
Psychiatrische Tagesklinik	

**B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 0  
 Teilstationäre Fallzahl: 145

**B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Keine Prozeduren erbracht

**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Psychiatrische Institutsambulanz</b>	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	
<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP_01)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP_02)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP_03)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP_04)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP_05)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP_06)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP_10)

### **B-1.9            Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

### **B-1.10           Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:            Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden:            Keine Angabe / Trifft nicht zu

### **B-1.11           Personelle Ausstattung**

#### **B-1.11.1        Ärztinnen und Ärzte**

**Nicht Bettenführende Abteilung:**

<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b>		
Anzahl (gesamt)	2,14	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,82	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,42	
Personal in der stationären Versorgung	1,72	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

<b>davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b>		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,82	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,42	
Personal in der stationären Versorgung	1,72	
Fälle je Vollkraft		

<b>Belegärztinnen und Belegärzte</b>		
Anzahl	0	
Fälle je Anzahl		

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b>	<b>Kommentar</b>
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

**Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

<b>Nr.</b>	<b>Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Kommentar</b>
ZF02	Akupunktur	nach NADA

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	3,42	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,42	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,42	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	0,73	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,73	
Fälle je Anzahl		

<b>Ergotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	1,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,70	
Personal in der stationären Versorgung	0,50	
Fälle je Anzahl		

<b>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	0,42	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07	
Personal in der stationären Versorgung	0,35	
Fälle je Anzahl		

<b>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen</b>		
Anzahl (gesamt)	0,65	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,65	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,65	
Fälle je Anzahl		

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0			0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0			0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	0			0	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0			0	
Mammachirurgie (18/1)	0			0	
Cholezystektomie (CHE)	0			0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	39		100	0	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	
Zaehlleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	
Zaehlleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	
Zaehlleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	
Zaehlleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	
Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0			0	
Zaehlleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	
Zaehlleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	
Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	
Leberlebendspende (LLS)	0			0	
Lebertransplantation (LTX)	0			0	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	
Neonatologie (NEO)	0			0	
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG)	0			0	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	

### C-1.2.[-] Ergebnisse der Qualitätssicherung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Bezeichnung	Teilnahme
MRE	ja
Schlaganfall: Akutbehandlung	Trifft nicht zu
Universelles Neugeborenen-Hörscreening	Trifft nicht zu

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

### **C-6.1 Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL):

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die

Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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.	2
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	2
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	2



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

**C-8.1                Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-8.2                Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## **C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

### **C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]**

1. Quartal

### **C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

### **C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]**

#### **C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

##### **C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

##### **C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Bezeichnung der Station	Tagesklinik Sucht Pforzheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

##### **C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	14
Behandlungsbereich	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	749

#### **C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q1]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q1]**

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: ja

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	293
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	957
Umsetzungsgrad	326,62

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	809
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1494
Umsetzungsgrad	184,67

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	267
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	342
Umsetzungsgrad	128,09

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	393
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	685
Umsetzungsgrad	174,3

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	42
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	70
Umsetzungsgrad	166,67

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	255
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	257
Umsetzungsgrad	100,78

#### **C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]**

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]: nein

#### **C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]**

2. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]**

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

Bezeichnung der Station	Tagesklinik Sucht Pforzheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

Behandlungsbereich	<b>A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung</b>
Behandlungsumfang	134
Behandlungsbereich	<b>S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung</b>
Behandlungsumfang	482

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q2]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q2]**

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: ja

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	236
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	857
Umsetzungsgrad	363,14

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	658
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1084
Umsetzungsgrad	164,74

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	216
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	346
Umsetzungsgrad	160,19

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	326
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	685
Umsetzungsgrad	210,12

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	33
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	61
Umsetzungsgrad	184,85

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	192
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	259
Umsetzungsgrad	134,9

#### **C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]**

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]: nein

#### **C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]**

3. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]**

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Bezeichnung der Station	Tagesklinik Sucht Pforzheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Behandlungsbereich	<b>A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung</b>
Behandlungsumfang	171
Behandlungsbereich	<b>S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung</b>
Behandlungsumfang	378

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q3]**

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: ja

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	210
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	868
Umsetzungsgrad	413,33

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	588
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1268
Umsetzungsgrad	215,65

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	193
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	290
Umsetzungsgrad	150,26

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	294
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	695
Umsetzungsgrad	236,4

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	30
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	41
Umsetzungsgrad	136,67

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	165
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	242
Umsetzungsgrad	146,67

#### **C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]**

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]: nein

#### **C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]**

4. Quartal

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]**

Beleg zur Erfüllung geführt.

**C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]**

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: nein

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Bezeichnung der Station	Tagesklinik Sucht Pforzheim
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	18
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	83
Behandlungsbereich	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	560

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q4]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3 / C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad [Q4]**

Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: ja

**C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Berufsgruppe	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	246
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	756
Umsetzungsgrad	307,32

Berufsgruppe	Pflegfachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	685
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1099
Umsetzungsgrad	160,44

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	226
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	231
Umsetzungsgrad	102,21

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	336
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	696
Umsetzungsgrad	207,14

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	35
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	55
Umsetzungsgrad	157,14

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	207
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	254
Umsetzungsgrad	122,71

#### **C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]**

Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: nein

Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: nein

Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: nein

Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]: nein

#### **C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Psychosomatik) [Q4]**



– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Psychosomatik) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (Kinder- und  
Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**C-9.3.3.4      Ausnahmetatbestände (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F10.2	81	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F12.2	22	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F32.1	6	Mittelgradige depressive Episode
F11.2	5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom
F13.2	5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F33.2	5	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F10.1	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F12.1	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch
F12.5	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F15.2	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
F19.2	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom
F20.0	(Datenschutz)	Paranoide Schizophrenie
F31.3	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F32.2	(Datenschutz)	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.1	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F45.41	(Datenschutz)	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F60.31	(Datenschutz)	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ

- **Prozeduren zu B-1.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch  
impressum health & science communication oHG ([impressum.de](http://impressum.de)).