

# 2022

## Referenzbericht

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herford

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 2022

Übermittelt am: 12.12.2023  
Automatisch erstellt am: 08.02.2024  
Layoutversion vom: 23.01.2024



## 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 § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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	8
A-11	Personal des Krankenhauses	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
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	Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herford	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	36
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	36
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	36
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	37
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	37
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	38
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	39
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	53



## - Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

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

Hersteller: empira Software GmbH, Troisdorf  
Produktnname: empira Krankenhaus-Qualitätsbericht-Manager QBX Desktop  
Version: 22.10.6575.0 (9a92obef)

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

Position: Abteilungsleitung Zentrales Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. (FH) Dittmar Rabbermann  
Telefon: 05221/94-2775  
Fax: 05221/94-291463  
E-Mail: [Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de](mailto:Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de)

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

Position: Vorstandssprecher  
Titel, Vorname, Name: Peter Hutmacher  
Telefon: 05221/94-2406  
Fax: 05221/94-2649  
E-Mail: [Sek.Vorstand@klinikum-herford.de](mailto:Sek.Vorstand@klinikum-herford.de)

### **Weiterführende Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.klinikum-herford.de>  
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: Klinikum Herford  
Hausanschrift: Schwarzenmoorstraße 70  
Postanschrift: 32049 Herford  
Postfach 2151/2161  
Institutionskennzeichen: 32049 Herford  
260570306  
URL: – (vgl. Hinweis im Vorwort)  
Telefon: 05221/94-0  
E-Mail: [sek.vorstand@klinikum-herford.de](mailto:sek.vorstand@klinikum-herford.de)

#### Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor  
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jan Kähler  
Telefon: 05221/94-2248  
Fax: 05221/94-2649  
E-Mail: [Jan.Kaehler@klinikum-herford.de](mailto:Jan.Kaehler@klinikum-herford.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor (bis 31.08.2022)  
Titel, Vorname, Name: M.A. Bastian Flohr  
Telefon: 05221/94-2410  
Fax: 05221/94-2649  
E-Mail: [Bastian.Flohr@klinikum-herford.de](mailto:Bastian.Flohr@klinikum-herford.de)

Position: Pflegedirektorin (ab 01.09.2022)  
Titel, Vorname, Name: Semsi Tüzün  
Telefon: 05221/94-2410  
Fax: 05221/94-2649  
E-Mail: [Semsi.Tuezuen@klinikum-herford.de](mailto:Semsi.Tuezuen@klinikum-herford.de)

#### Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Verwaltungsfachwirt Manfred Pietras  
Telefon: 05221/94-2218  
Fax: 05221/94-2649  
E-Mail: [Manfred.Pietras@klinikum-herford.de](mailto:Manfred.Pietras@klinikum-herford.de)



## Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herford  
Hausanschrift: Unter den Linden 41  
Institutionskennzeichen: 32052 Herford  
Institutionskennzeichen: 260570306  
Standortnummer: 773237000  
Standortnummer alt: xx  
URL: <https://www.klinikum-herford.de/medizin/klinik/tagesklinik-psychiatrie-psychotherapie-herford/kontakt>

## Ärztliche Leitung

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Stephan Blaschke  
Telefon: 05221/94-28300  
E-Mail: [stephan.blaschke@klinikum-herford.de](mailto:stephan.blaschke@klinikum-herford.de)

## Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektor (bis 31.08.2022)  
Titel, Vorname, Name: Bastian Flohr  
Telefon: 05221/94-1309  
E-Mail: [Bastian.Flohr@klinikum-herford.de](mailto:Bastian.Flohr@klinikum-herford.de)

Position: Pflegedirektorin (ab 01.09.2022)  
Titel, Vorname, Name: Semsi Tüzün  
Telefon: 05221/94-1309  
E-Mail: [Sems.Tuezuen@klinikum-herford.de](mailto:Sems.Tuezuen@klinikum-herford.de)

## Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektor  
Titel, Vorname, Name: Manfred Pietras  
Telefon: 05221/94-2219  
E-Mail: [Manfred.Pietras@klinikum-herford.de](mailto:Manfred.Pietras@klinikum-herford.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Klinikum Herford -Anstalt des öffentlichen Rechts-  
Art: öffentlich



### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein  
Lehrkrankenhaus: Ja  
Name Universität: Ruhr-Universität Bochum

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Bestandteil des Therapiekonzeptes in den Psychiatrischen Tageskliniken, Qui Gong, Walking, Sport.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP53	Aromapflege/-therapie	In den Psychiatrischen Tageskliniken.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	

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



Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	<a href="https://www.klinikum-herford.de/patienten/patienteninformation">https://www.klinikum-herford.de/patienten/patienteninformation</a>	Jüdische / Muslimische Ernährung, vegetarische Küche, Berücksichtigung besonderer diätischer und therapeutischer Ernährungsformen.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position: Stabstelle Pflegeentwicklung  
Titel, Vorname, Name: M.Sc. Alexander Hochmuth  
Telefon: 05221/94-1310  
Fax: 05221/94-2110  
E-Mail: [Alexander.Hochmuth@klinikum-herford.de](mailto:Alexander.Hochmuth@klinikum-herford.de)

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Es werden einzelne mehrsprachige Patienteninformationsmaterialien vorgehalten. Der Kontakt zu Klinikseelsorgern kann hergestellt werden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Besondere Sprachkenntnisse von Mitarbeitenden für Dolmetscherdienste sind hinterlegt.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Der Zugang zu Rückzugsräumen ist gegeben.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF24	Diätische Angebote	

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar



**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit**

BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Die Begleitung sehbehinderter Patientinnen und Patienten erfolgt bei Bedarf durch den Patientenbegleitdienst.
------	--	---

**A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**

**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Gelegentlich werden in der Tagesklinik Herford Ergotherapiepraktikantinnen und Ergotherapiepraktikanten eingesetzt.

**A-9 Anzahl der Betten**

Betten: 23

**A-10 Gesamtfallzahlen**

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	234
Ambulante Fallzahl:	0
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)	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	

Belegärztinnen und Belegärzte		
Anzahl	0	



**A-11.2 Pflegepersonal**

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	3,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3,08	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

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

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 in Psychiatrie und Psychosomatik**

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
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	



Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)		
Anzahl (gesamt)	0,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,57	

Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	0,27	davon 0,02 VK Musiktherapeut
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,27	



**Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten**

Anzahl (gesamt)	0,3	Masseur/ Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,3	

**Sozialarbeiter, Sozialpädagogen**

Anzahl (gesamt)	1	Sozialarbeiter/innen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

**SPo5 Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl (gesamt)	0,25	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,25	



**SP15 Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl (gesamt)	0,3	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,3	

**SP16 Musiktherapeutin und Musiktherapeut**

Anzahl (gesamt)	0,02	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,02	

**SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut**

Anzahl (gesamt)	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	

**SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Anzahl (gesamt)	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	



SP58 Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)		
Anzahl (gesamt)	0,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,57	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Leitung Zentrales Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. (FH) Dittmar Rabbermann  
Telefon: 05221/94-2775  
Fax: 05221/94-291463  
E-Mail: [Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de](mailto:Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de)

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen - Unternehmensleitung  
Funktionsbereiche: - Leitung Zentrales Qualitätsmanagement  
Tagungsfrequenz: andere Frequenz

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Leitung Zentrales Qualitätsmanagement  
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. (FH) Dittmar Rabbermann  
Telefon: 05221/94-2775  
Fax: 05221/94-291463  
E-Mail: [Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de](mailto:Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de)



#### A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet: Ja

Beteiligte Abteilungen - Ärztlicher Dienst

Funktionsbereiche:

- Pflegedienstleitung
- Pflegedienst
- Qualitätsmanagement
- Wirtschaft und Versorgung
- Krankenhaushygiene
- Technik und Bauwesen
- Personalrat

Tagungsfrequenz: monatlich

#### 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 (DIN EN ISO 9001:2008) des Klinikum Herford vom 19.04.2023
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verhalten bei akut lebensbedrohlichen Notfällen und Reanimationen im Klinikum Herford vom 19.04.2022
RM05	Schmerzmanagement	QM-Handbuch (DIN EN ISO 9001:2008) des Klinikum Herford vom 19.04.2023
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	QM-Handbuch (DIN EN ISO 9001:2008) des Klinikum Herford vom 19.04.2023
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Richtlinie "Entlassmanagement im Klinikum Herford" vom 04.08.2022



#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	monatlich
Maßnahmen:	<p>Die eingehenden CIRS-Fälle werden genutzt um sicherheitsrelevante Aspekte rund um die Patientenbetreuung, aber auch im Sinne der Sicherheit der im Klinikum Herford beschäftigten Mitarbeitenden, zu verbessern. Z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Maßnahmen zur Verbesserung der Medikationssicherheit</li><li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen</li><li>- Maßnahmen zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität bei Verlegungen</li><li>- Organisationsverbesserungen im Rahmen der Notfallbehandlung</li></ul>

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	21.10.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen:	Ja
Tagungsfrequenz:	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Nr.	Erläuterung
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

### A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet:	Ja
Tagungsfrequenz:	halbjährlich



**Vorsitzender:**

Position: Krankenhaushygieniker  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Johannes Baltzer  
Telefon: 05221/94-1212  
E-Mail: [Johannes.Baltzer@klinikum-herford.de](mailto:Johannes.Baltzer@klinikum-herford.de)

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	12	
Hygienefachkräfte (HFK)	4	+ 1 Mitarbeitende in Weiterbildung
Hygienebeauftragte in der Pflege	30	

**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter Infektionen**

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.

**A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.

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

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.



#### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Haendedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	12,3
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	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung 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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS NEO-KISS	+ Resistente Keime
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		



A-12.4

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Für Patienten und Angehörige stehen im Foyer des Haupthauses, sowie auf allen Stationen der Psychiatrie Beschwerdebriefkästen zur Verfügung. Darüber hinaus kann jeden Donnerstag in der Zeit von 16.00 bis 17.00 Uhr die Patientenfürsprecherin als direkte Ansprechpartnerin für Lob und Beschwerden in den Räumlichkeiten der Patientenaufnahme in Anspruch genommen werden.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Das hausinterne Konzept zur Entgegennahme, Aufarbeitung und Rückmeldung von Lob und Beschwerden wurde durch die Unternehmensleitung und das Qualitätsmanagement festgelegt und wird im Rahmen interner Informations- und Schulungsmaßnahmen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt gegeben.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Bestandteil des erarbeiteten Konzeptes (s.o.)
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Bestandteil des erarbeiteten Konzeptes (s.o.)
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Selbstverständlich haben Patienten und Angehörige die Möglichkeit Beschwerden auch anonym an uns zu richten. Eine zielgerichtete Aufarbeitung geäußerter Kritik, sowie die Möglichkeit zur Rückmeldung der erarbeiteten Ergebnisse an den Beschwerdeführer werden dadurch aber leider deutlich erschwert bzw. verhindert. Insgesamt erhoffen wir soviel Vertrauen dahingehend, dass wir Beschwerden/Kritik ernst nehmen und diese mit der notwendigen Vertraulichkeit behandeln.
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit nutzen wir regelmäßig die Auswertungen unabhängiger, externer Institutionen wie "www.weisse-liste.de".

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Einweiserbefragungen erfolgen im Rahmen der etablierten Organzentren (z.B. Darmzentrum, Brustzentrum, Onkologisches Zentrum etc.)

#### **Ansprechperson für das Beschwerdemanagement**

Position: Prozess-, Qualitäts- und Risk Management  
Titel, Vorname, Name: Dipl.-Kfm. (FH) Dittmar Rabbermann  
Telefon: 05221/94-2775  
Fax: 05221/94-291463  
E-Mail: [Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de](mailto:Dittmar.Rabbermann@klinikum-herford.de)

#### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

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

#### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Position: Patientenfürsprecherin (ab September 2021)  
Titel, Vorname, Name: Gabriele Tuchel  
Telefon: 05221/94-2415  
E-Mail: [patientenfuersprecher@klinikum-herford.de](mailto:patientenfuersprecher@klinikum-herford.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: <http://krankenhaus.weisse-liste.de/versichertenbefragung-peq.100.de.html>

**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 ist eine eigenständige Position.

Position:	Chefapotheker
Titel, Vorname, Name:	Dr. Walter Martin Manzke
Telefon:	05221/942488
E-Mail:	walter.manzke@klinikum-herford.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 3

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 12

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, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, 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, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

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

**Allgemeines**

**ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen**

**Allgemeines**

**ASo2 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder**

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**ASo3 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese**

Manual zur einheitlichen Verordnung und Dokumentation von Medikamenten am Klinikum Herford

06.12.2021

**Aufnahme ins Krankenhaus**

**ASo4 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**

**ASo5 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)**

Manual zur einheitlichen Verordnung und Dokumentation von Medikamenten am Klinikum Herford

06.12.2021



**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS06 SOP zur guten Verordnungspraxis**

Manual zur einheitlichen Verordnung und Dokumentation von Medikamenten am Klinikum Herford

06.12.2021

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. 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**

**AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln**

Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung

Zubereitung durch pharmazeutisches Personal

**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)

Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): CGM-Muse als intranetbasierte Arzneimittelbestellplattform

**Medikationsprozess im Krankenhaus**

**AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Nutzung eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems (Critical Incident Reporting System - CIRS)

**Entlassung**

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

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten



## A-12.6

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 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 u. a. 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 § 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 § 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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## 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 Abschläge vor.



---

**A-14.1            Teilnahme an einer Notfallstufe**

Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.

**A-14.2            Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart.

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



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herford

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herford"

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Art: Tagesklinik für  
Psychiatrie und  
Psychotherapie Herford

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Stephan Blaschke  
Telefon: 05221/1643-0  
E-Mail: [Sek1.Psychiatrie@klinikum-herford.de](mailto:Sek1.Psychiatrie@klinikum-herford.de)  
Anschrift: Unter den Linden 41  
32052 Herford  
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		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 234

**B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Keine Hauptdiagnosen erbracht

**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**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)	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

<b>davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b>		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

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

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

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	



**B-1.11.2**

**Pflegepersonal**

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	3,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	3,08	
Fälle je Anzahl	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	38,50	

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

**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	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0	
Fälle je Anzahl		

<b>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,5	
Fälle je Anzahl	0,00000	

<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG)</b>		
Anzahl (gesamt)	0,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,57	
Fälle je Anzahl	0,00000	

<b>Ergotherapeuten</b>		
Anzahl (gesamt)	0,27	inkl. 0,02 VK Musiktherapeut/in
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,27	
Fälle je Anzahl	0,00000	



**Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten**

Anzahl (gesamt)	0,3	Masseur/ Medizinischer Bademeister und Masseurin/ Medizinische Bademeisterin
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	0,3	
Fälle je Anzahl	0,00000	

**Sozialarbeiter, Sozialpädagogen**

Anzahl (gesamt)	1	Sozialarbeiter/in
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Personal in der ambulanten Versorgung	0	
Personal in der stationären Versorgung	1	
Fälle je Anzahl	0,00000	



## 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	Zähl- bereich von	Dokumen- tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschriftmacher-Implantation (09/1)	95		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschriftmacher-Aggregatwechsel (09/2)	24		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschriftmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	14		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	33		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	14		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	12		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	69		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen (15/1)	301		101,66	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zähl- bereich von	Dokumen- tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Geburtshilfe (16/1)	1268		100,32	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	79		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	118		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	421		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzchirurgie (HCH)	26		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Offenchorurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offenchorurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	26	HCH	100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	235		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zähl- bereich von	Dokumen- tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	219	HEP	99,54	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	21	HEP	80,95	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	117		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	105	KEP	99,05	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	12	KEP	108,33	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leberlebendspende (LLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	(Datenschutz)		(Datenschutz)	(Datenschutz)	



Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zähl- bereich von	Dokumen- tationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Neonatologie (NEO)	225		100,00	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	889		100,45	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	446		101,79	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**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 keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

**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**

**Strukturqualitätsvereinbarungen**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
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.	1
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]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	1



---

**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 Anhaltszahlen 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 Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Gesamtkommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

### 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 Herford
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	23
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1279

### 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	485
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	504
Umsetzungsgrad	103,92

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1398
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1343
Umsetzungsgrad	96,09



Berufsgruppe	<b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen</b>
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	454
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	557
Umsetzungsgrad	122,58

Berufsgruppe	<b>Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</b>
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	748
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	806
Umsetzungsgrad	107,72

Berufsgruppe	<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	72
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	122
Umsetzungsgrad	169,44

Berufsgruppe	<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</b>
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	284
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	304
Umsetzungsgrad	106,95

#### 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

#### C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (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 Ausnahmetatbestaende (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 Herford
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	23
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1230

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

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

**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	472
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	440
Umsetzungsgrad	93,22

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1361
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1067
Umsetzungsgrad	78,39

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	443
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	373
Umsetzungsgrad	84,09



Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	728
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	807
Umsetzungsgrad	110,83

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	70
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	156
Umsetzungsgrad	222,14

Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	277
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	379
Umsetzungsgrad	136,64

#### C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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

#### C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (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 Ausnahmetatbestaende (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 Herford
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	23
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1217

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

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

#### 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	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	462
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	361
Umsetzungsgrad	78,14

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	1335
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1264
Umsetzungsgrad	94,69

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	434
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	271
Umsetzungsgrad	62,38

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	714
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	859
Umsetzungsgrad	120,34

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	69
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	148
Umsetzungsgrad	214,49



Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	272
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	399
Umsetzungsgrad	146,69

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (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 Ausnahmetatbestaende (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	TK Herford
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	23
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

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

Behandlungsbereich	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung
Behandlungsumfang	1179

**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] :nein

**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	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	448
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	272
Umsetzungsgrad	60,71

Berufsgruppe	Pflegefachpersonen
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	1292
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	1000
Umsetzungsgrad	77,38

Berufsgruppe	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	421
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	413
Umsetzungsgrad	98,04

Berufsgruppe	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	692
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	863
Umsetzungsgrad	124,76

Berufsgruppe	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
Mindestanforderungen eingehalten	nein
Mindestpersonalausstattung Stunden	66
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	0
Umsetzungsgrad	0



Berufsgruppe	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
Mindestanforderungen eingehalten	ja
Mindestpersonalausstattung Stunden	264
Tatsächliche Personalausstattung Stunden	327
Umsetzungsgrad	123,96

**C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestaende (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

**C-9.3.3.2 Personalausstattung Pso (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 Ausnahmetatbestaende (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**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

## - Prozeduren zu B-1.7

### **Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

### **Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren**

OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
3-994	(Datenschutz)	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
9-607	238	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-645.03	(Datenschutz)	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomat. Störungen/Verhaltensstör. bei Erwachsenen durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht: Mehr als 1 bis zu 2 Stunden
9-649.0	44	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche
9-649.10	220	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.11	14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.12	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.13	4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.14	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.16	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.20	132	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.30	8	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.31	8	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.32	7	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.33	10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.34	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche



OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
9-649.40	156	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.41	12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.50	64	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche
9-649.51	69	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.52	34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.53	37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.54	15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.55	8	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.56	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.57	6	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche
9-649.59	(Datenschutz)	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 10 Therapieeinheiten pro Woche
9-984.6	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.7	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	(Datenschutz)	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3



## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).