



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

PP.rt Klinik für Psychiatrie und
Psychosomatik

Standort 02
Steinberg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	7
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	8
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	23
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1] Allgemeine Psychiatrie	24
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	24
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	24
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	25
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	25
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	26
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	27
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	27
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	27
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	27
B-[1].11	Personelle Ausstattung	27
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	27
B-[1].11.2	Pflegepersonal	28
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	31
C	Qualitätssicherung	33
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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	36
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	36
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	36
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.36 2 SGB V	36
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 36 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	36

Vorwort

Die PP.rt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik ist ein wichtiger Baustein in den Strukturen der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Reutlingen und fühlt sich der Weiterentwicklung der Gesamtversorgung der Bevölkerung in Zusammenarbeit mit allen regionalen Partnern verpflichtet.

Die Angebote der PP.rt umfassen neben der stationären Behandlung im Haus Dietrich-Bonhoeffer und im Klinikum am Steinberg auch teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote im Tagesklinik- und Ambulanzzentrum, die stationsäquivalente Behandlung (STäB) nach SGB V, eine Ergotherapiepraxis und die Substitutionsambulanz. Aufgrund dieses umfassenden Versorgungsangebotes ist eine zielgerichtete und durchgehende Versorgung und Behandlung unserer Patientinnen und Patienten gewährleistet.

Menschen mit psychischen Erkrankungen bedürfen häufig über die Behandlung durch die Klinik hinaus der Unterstützung in verschiedenen Lebensfeldern: Partnerschaft, Familie, Ausbildung und Beruf, soziale Teilhabe. Die PP.rt arbeitet daher eng mit Partnern im regionalen sozialen und psychiatrischen Hilfesystem zusammen, so mit den Mitgliedern des gemeindepsychiatrischen Verbundes und des Suchthilfenetzwerkes. Eine besonders ausgeprägte Kooperation besteht mit den vielfältigen gemeindepsychiatrischen Hilfen der Schwesterngesellschaft GP.rt

Die Arbeit in der PP.rt ist geprägt durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und eine enge Vernetzung mit allen an der Behandlung, Versorgung und Betreuung von psychisch kranken Menschen Beteiligten.

Getragen wird die Klinik durch die Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH. Gesellschafter dieser GmbH sind die BruderhausDiakonie Reutlingen und die Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (ZfP Südwürttemberg).

Seit ihrer Betriebsaufnahme zum 01. Januar 2005 hat sich die PP.rt rasant entwickelt und sich dabei stets an den aktuellen Entwicklungen in der Versorgung, Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen orientiert und diese mitgestaltet. Dabei ist uns ein achtungsvolles, partnerschaftliches Verhältnis zu unseren Patienten besonders wichtig.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen im Landkreis Reutlingen zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten ist uns ein zentrales Anliegen. Mit dem Neubau des Tagesklinik- und Ambulanzzentrum an der Echaz (EchTAZ), welches im Frühjahr 2018 den Betrieb aufgenommen hat, wurden die Tageskliniken und Ambulanzen unter einem Dach vereint und eine zentrale klinische Anlaufstelle geschaffen. Diese neue Struktur ermöglicht uns noch besser auf die verschiedenen und wechselnden Bedürfnisse psychisch kranker Menschen eingehen zu können und ggf. eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung für die Patienten zu gewährleisten.

Seit 01.01.2018 wurde in der PP.rt das neue Angebot der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) geschaffen. Wenn die im Haushalt lebenden Menschen einverstanden sind, es im Hinblick auf die individuelle Situation erfolversprechender ist und die Rahmenbedingungen es zulassen, wird eine aufsuchende Akutbehandlung im häuslichen Umfeld durchgeführt. Täglich kommt dann mindestens ein Mitglied des Klinikteams zu den Patienten nach Hause und behandelt diese dort.

gez.

Prof. Dr. med. G. Längle
Geschäftsführer PP.rt

R. Kluza
Geschäftsführer PP.rt

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Karin Groh, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	07121 9200 138
Fax:	07121 9200 102
E-Mail:	karin.groh@pprt.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Gehard Längle, Geschäftsführer
Telefon:	07121 9200 110
Fax:	07121 9200 102
E-Mail:	gehard.laengle@pprt.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.pprt.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.pprt.de/fileadmin/documents/pdf/PP.rt_Broschuere_2018.pdf

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2900	Allgemeine Psychiatrie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	PP.rt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
PLZ:	72764
Ort:	Reutlingen
Straße:	Wörthstrasse
Hausnummer:	52/1
IK-Nummer:	260841666
Standort-Nummer:	2
Krankenhaus-URL:	http://www.pprt.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	PP.rt Klink für Psychiatrie und Psychosomatik Steinberg
PLZ:	72764
Ort:	Reutlingen
Straße:	Steinbergstraße
Hausnummer:	31
IK-Nummer:	260841666
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info@pprt.de
Standort-URL:	http://www.pprt.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07121 9200 120
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	frank.schwaerzler@pprt.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Uwe Armbruster, Pflegedirektor
Telefon:	07121 9200 130
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	uwe.armbruster@pprt.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Moritz Sans, Kaufmännischer Direktor

Telefon:	07121 9200 100
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	moritz.sans@pprt.de

Leitung des Standorts:

Standort:	PP.rt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Steinenberg
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07121 9200 120
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	frank.schwaerzler@pprt.de

Standort:	PP.rt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Steinenberg
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Uwe Armbruster, Pflegedirektor
Telefon:	07121 9200 130
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	uwe.armbruster@pprt.de

Standort:	PP.rt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Steinenberg
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Moritz Sans, kaufmännischer Direktor
Telefon:	07121 9200 100
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	moritz.sans@pprt.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen mbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
 Versorgungsverpflichtung?

Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupressur
2	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
3	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	<i>Tiergestützte Therapie</i>
4	Ergotherapie/Arbeitstherapie
5	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie
6	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
7	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
8	Manuelle Lymphdrainage
9	Massage
10	Musiktherapie
11	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
12	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
13	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	<i>Psychoedukative Gruppen</i>
14	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
15	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
16	Wundmanagement
17	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
18	Aromapflege/-therapie
19	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
20	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
21	Sozialdienst
22	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
23	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
24	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
25	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Teilnahme am Projekt Integrierte Versorgung</i>
26	Basale Stimulation
27	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	<i>keine Zusatzleistung</i>
4	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
5	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
6	Seelsorge
7	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
8	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	<i>Suchtselbsthilfe, Psychoseerfahrung</i>
9	Andachtsraum
	<i>im Hause</i>
10	Zwei-Bett-Zimmer
	<i>keine Zusatzleistung</i>
11	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: muslimische Ernährung, vegetarische Küche</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Arbeit mit Piktogrammen
8	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
9	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
10	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>spezielle PIA für fremdsprachliche Patienten, Dolmetscherliste vorhanden</i>
14	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
15	Dolmetscherdienst

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Universität Tübingen</i>
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Universität Tübingen</i>
4	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>Landesstiftung Baden-Württemberg, BMG, BMBF</i>
5	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
6	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Ausbildung seit 10/2013 in Kooperation mit den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des ZfP Südwürttemberg am Standort Zwiefalten</i>
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin <i>Praktische Ausbildung</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 40

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	903
Teilstationäre Fallzahl:	3
Ambulante Fallzahl:	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	4,50	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	4,50

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	1,10		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,10	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	1,10

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 1,10

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,10 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,10

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 1,10

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,10 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,10

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 25,80

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 25,80 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 25,80

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,00

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,55		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,55	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 4,55	

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,23		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,23	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,23	

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0		
---------------------	---	--	--

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
---------	------	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,17	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,17	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,17

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,74	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,74	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,74

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0,30		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,30	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,30	

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,99		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,99	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,99	

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,88		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,88	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,88	

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	2,20		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,20	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,20	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

HEILERZIEHUNGSPFLERGER UND HEILERZIEHUNGSPFLERGERIN

Gesamt:	2,40		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,40	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,40	

MUSIKTHERAPEUT UND MUSIKTHERAPEUTIN

Gesamt:	0,36		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,36	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,36

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Karin Groh, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	07121 9200 138
Fax:	07121 9200 102
E-Mail:	karin.groh@pprt.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja
--	----

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Abteilungsleitungsbesprechung alle zwei Wochen mit den Teilnehmenden: Betriebsleitung, ärztliche Abteilungsleitungen, pflegerische Abteilungsleitungen, Leitung Kreativtherapie und Leitung Hauswirtschaft
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Moritz Sans, kaufmännischer Direktor
Telefon:	07121 9200 100
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	Moritz.sans@pprt.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Geschäftsführung und Betriebsleitung PP.rt

Tagungsfrequenz des Gremiums:

andere Frequenz

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Orga-Handbuch PP.rt und Risikomatrix PP.rt Letzte Aktualisierung: 22.08.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung zum Umgang mit Medizinprodukten Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

12 Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

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

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- Andere: Facharztcurriculum, Therapiezielplanung

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 27.09.2016</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: halbjährlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Aufbau einer speziellen Station für psychiatrisch schwerstkranke Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	EF00: CIRS Medical

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

¹⁾ Dienstleistung fremdvergeben

²⁾ Ärztlicher Direktor ist als hygienebeauftragter Arzt formal benannt. Zwei Ärzte haben die Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt entsprechend Curriculum der Landesärztekammer

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07121 9200 120
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	frank.schwaerzler@pp.rt

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Kein Einsatz von ZVK

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	J;
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	J;
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	J;

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Keine Durchführung von Operationen

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	13
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE Netzwerk</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	<p>Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.</p> <p><i>In der Klinik ist ein systematisches Beschwerdemanagement eingerichtet. Es beschreibt den Umgang mit Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern, niedergelassenen Partnern und kooperierenden Einrichtungen. Das Beschwerdemanagement ist im Bereich Qualitätsmanagement angesiedelt. Die Inhalte und Erkenntnisse aus den Rückmeldungen werden in verschiedenen Gremien der Klinik vorgestellt und diskutiert, um langfristige Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.</i></p>	Ja
2	<p>Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).</p> <p><i>Im Konzept "Umgang mit Beschwerden in der PP.rt" ist die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung und -auswertung beschrieben.</i></p>	Ja
3	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.</p> <p><i>Mündliche Beschwerden können direkt an die Mitarbeiter der PP.rt gemeldet werden. Kann dieser als erster Ansprechpartner keine Abhilfe schaffen, wendet er sich an seine jeweilige Stations- bzw. Abteilungsleitung. Bei umfassenden Rückmeldungen wird auf Wunsch gemeinsam mit dem Patienten das Formular "Sagen Sie uns Ihre Meinung" ausgefüllt.</i></p>	Ja
4	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.</p> <p><i>Für schriftliche Beschwerden steht das Formular "Sagen Sie uns Ihre Meinung". Dieses liegt an exponierten Stellen auf jeder Station aus. Die ausgefüllten Formulare können über einen separaten Briefkasten im Eingangsbereich oder über Hauspost dem Beschwerdebüro zugeleitet werden. Die Angabe von Kontaktdaten ist grundsätzlich freiwillig.</i></p>	Ja
5	<p>Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.</p>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	<i>Entsprechend dem Konzept "Umgang mit Beschwerden in der PP.rt" erhält der Beschwerdeführer spätestens innerhalb zwei Wochen Rückmeldung.</i>	
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Das Beschwerdemanagement ist im Bereich QM angesiedelt. Eingehende Beschwerden werden dort erfasst und mittels Bearbeitungsformular an die Stations- bzw. Abteilungsleitung weiter geleitet.</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Entsprechend dem Psych KHG bestellen die Stadt- und Landkreise unabhängige Patientenfürsprecher. Diese prüfen Anregungen und Beschwerden unserer Patienten und deren Angehörigen und wirken in Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf eine Problemlösung hin. Bei Bedarf vermitteln sie zwischen den Betroffenen und der stationären, teilstationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtung für psychisch Kranke.</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Auf der Homepage der PP.rt ist unter der Rubrik "Meinung" der Ausdruck des Formulars "Meinung, Anregung, Lob" möglich. Das ausgefüllte Formular kann dann an die PP.rt per Mail oder Post gesandt werden.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Patientenbefragungen werden alle 2 Jahre durchgeführt. Die letzte Patientenbefragung fand im Jahr 2019 statt.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>Durchgeführt 2019</i>	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Karin Groh, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	07121 9200 138
Fax:	07121 9200 102
E-Mail:	karin.groh@pprt.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	IBB Stelle, Patientenfürsprecher nach Psych KHG Landkreis Reutlingen
Telefon:	07121 4855826
Fax:	
E-Mail:	patientenfuersprecher@ibb-kreis-Reutlingen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07121 9200 120
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	frank.schwaerzler@pprt.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	1
Erläuterungen:	Bezug der Arzneimittel erfolgt über Zentralapotheke der Kreiskliniken Reutlingen GmbH. Einbindung des leitenden Apothekers in Arzneimittelkommission der PP.rt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
7	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
8	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
9	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln:

<input checked="" type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Sonderberichtswesen

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
<i>in Kooperation mit dem Klinikum am Steinenberg.</i>			

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
2	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
3	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
<i>in Kooperation mit dem Klinikum am Steinenberg.</i>			

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Psychiatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie
Straße:	Steinenbergstrasse
Hausnummer:	31
PLZ:	72764
Ort:	Reutlingen
URL:	http://www.pprt.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07121 9200 120
Fax:	07121 9200 190
E-Mail:	frank.schwaerzler@pprt.de
Adresse:	Steinenbergstrasse 31

PLZ/Ort:	72764 Reutlingen
URL:	http://www.pprt.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	903
Teilstationäre Fallzahl:	3

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	423
2	F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	49
3	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	41

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	39
5	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	37
6	F05.0	Delir ohne Demenz	22
7	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	22
8	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	17
9	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	17
10	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	16
11	F05.1	Delir bei Demenz	15
12	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	15
13	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	15
14	F20.0	Paranoide Schizophrenie	14
15	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	12
16	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	11
17	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	10
18	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	10
19	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9
20	F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	6
21	F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	5
22	F06.3	Organische affektive Störungen	4
23	F41.1	Generalisierte Angststörung	4
24	G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	4
25	F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom	4
26	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	4
27	F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	4
28	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	< 4
29	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
30	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	462
2	G30	Alzheimer-Krankheit	82
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	62
4	F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	50
5	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	40
6	F32	Depressive Episode	30
7	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	26
8	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	22
9	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	19
10	F20	Schizophrenie	19

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

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	3,40	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,40	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	3,40
		Fälle je Anzahl:	265,6

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	0,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie
2	Psychiatrie und Psychotherapie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	24,80
---------	-------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	24,80	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	24,80
			Fälle je Anzahl:	36,4

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,55			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,55	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	4,55
			Fälle je Anzahl:	198,5

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,23			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,23	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,23
			Fälle je Anzahl:	3926,1

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,17
---------	------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 2,17	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,17
		Fälle je Anzahl: 416,1

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
3	Praxisanleitung
4	Bachelor

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
2	Palliative Care
3	Deeskalationstraining
4	Gerontopsychiatrie

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,74	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0,74	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,74	
		Fälle je Anzahl: 1220,3	
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0,00	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0,30	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,30	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,30
		Fälle je Anzahl: 3010,0

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,99	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,99	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,99
		Fälle je Anzahl: 453,8

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,88		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,88	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,88	
		Fälle je Anzahl: 1026,1	

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	2,20		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,20	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,20	
		Fälle je Anzahl: 410,5	

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Dekubitusprophylaxe (DEK)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
2 Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	828
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	MRE	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung	Trifft nicht zu

Patienten mit akutem Schlaganfall werden in der PP.rt nicht behandelt.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	3
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	3
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	3

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