



Strukturierter Qualitätsbericht St. Marien Hospital Eickel

Berichtsjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

1		
-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	10
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung	38
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 38	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	39
B-1	Allgemeine Psychiatrie.....	39
C	Qualitätssicherung	52
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	52
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	52
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	56
C-3 V	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB 56	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	56

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	56
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 57	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	57
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	57
D	Qualitätsmanagement	58
D-1	Qualitätspolitik	58
D-2	Qualitätsziele	61
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	64
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	64
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	66
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	70

- Einleitung

Qualitätsbericht 2020 St. Marien Hospital Eickel

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Referentin Controlling
Titel, Vorname, Name	Katrin Gayk
Telefon	02325/65222-206
Fax	02325/65222-30433
E-Mail	Katrin.Gayk@elisabethgruppe.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführer St. Elisabeth Gruppe GmbH
Titel, Vorname, Name	Theo Freitag
Telefon	02325/986-2600
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrer@elisabethgruppe.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.marienhospital-eickel.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

Link	Beschreibung
http://www.elisabethgruppe.de/	Homepage der St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	St. Marien Hospital Eickel
Hausanschrift	Marienstraße 2 44651 Herne
Zentrales Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
Zentrale E-Mail	info@elisabethgruppe.de
Postanschrift	Marienstraße 2 44651 Herne
Institutionskennzeichen	260590479
Standortnummer aus dem Standortregister	772458000
Standortnummer (alt)	00
URL	http://www.marienhospital-eickel.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Cornelia Bombosch
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	cornelia.bombosch@elisabethgruppe.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleiter
Titel, Vorname, Name	Herbert Rzycki
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	herbert.rzycki@elisabethgruppe.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer St. Elisabeth Gruppe
Titel, Vorname, Name	Theo Freitag
Telefon	02325/986-2600
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrer@elisabethgruppe.de

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Baumhoer Alois
Telefon	02325/986-2603
Fax	02325/986-2649
E-Mail	alois.baumhoer@elisabethgruppe.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	St. Elisabeth Gruppe GmbH - Katholische Kliniken Rhein-Ruhr
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Ruhr-Universität Bochum

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP02	Akupunktur	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP25	Massage	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Tresor, WLAN und Fernseher kostenfrei im Patientenzimmer

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Beauftragte für Menschen mit Beeinträchtigungen
Titel, Vorname, Name	Claudia Lüning
Telefon	02325/65222-280
Fax	02325/65222-30433
E-Mail	Claudia.Luening@elisabethgruppe.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF24	Diätische Angebote	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF25	Dolmetscherdienst	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Ausbildung angehender psychologischer Psychotherapeuten Ausbildung Studierender der Bewegungstherapie und Rehabilitationspädagogik
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit, Resilienzfaktoren gegen suizidales Verhalten, Gewaltvermeidung in psychiatrischen Kliniken
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physiotherapie und Ergotherapie.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physiotherapie und Ergotherapie.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	212

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	2.518
Teilstationäre Fallzahl	597
Ambulante Fallzahl	47.274

A-11 Personal des Krankenhauses**A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,31	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,51	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,59	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,79	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 74,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	74,14	
Ambulant	0,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	74,89	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 25,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,89	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,32	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 18,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,57	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,14	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 10,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,37	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,72	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,73	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,19	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,69	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,6	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,1	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 9,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,76	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,76	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 4,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,19	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,69	
Nicht Direkt	0	

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,45	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,74	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,85	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 10,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,37	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,72	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 7,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,38	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,38	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 3,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,37	
Nicht Direkt	0	

SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,3	
Nicht Direkt	0	

SP36 - Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

SP58 - Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 3,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,73	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**A-12.1 Qualitätsmanagement****A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Herr Herbert Rzycki
Telefon	02325/374-200
Fax	02325/374-1019
E-Mail	herbert.rzycki@elisabethgruppe.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Treffen der Qualitätsbeauftragten der Bereiche zur Besprechung von Standards, Leitlinien, Problemen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name	Herr Sebastian Schulz
Telefon	02023/173-1113
E-Mail	sebastian.schulz@elisabethgruppe.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Das Risikomanagement wird durch den Risikobeauftragten der St. Elisabeth Gruppe anlassbezogen in der wöchentlichen CIRS-Konferenz thematisiert.
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Qualitätsmanagement-handbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Alle übergreifenden Prozesse und Standards sind im Qualitätsmanagement-handbuch der St. Elisabeth Gruppe hinterlegt.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Es erfolgen regelmäßige Schulungsmaßnahmen in risikorelevanten Bereichen: - Reanimations-schulungen - Brandschutzunterweisungen - Hygieneschulungen Dazu kommen anlassbezogen weitere Schulungen, z.B. zu den Themen Fixierung, Sturz u.Ä..
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Mitarbeiterbefragungen werden im 3-jährigen Abstand mit dem Unternehmen "Great Place to Work" durchgeführt. Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse der Befragungen werden mit den Leitungen vereinbart und von der Personalabteilung regelmäßig abgefragt.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-handbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Das klinische Notfallmanagement ist beschrieben und wird in jährlichen, verbindlichen Unterweisungen trainiert.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzbehandlung Datum: 28.08.2020	Erfolgt individuell für jeden Patienten als Teil der Therapie.
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	In das bestehende Sturzkonzept fließen die Evaluationsergebnisse der Sturzerfassung ein.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Das Dekubitusrisiko wird regelhaft in der Pflegeanamnese erfasst, bewertet und ggf. Prophylaxemaßnahmen ergriffen. Die Analyse der Dekubiti dient der Überprüfung und Verbesserung dieses Konzeptes.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Das Konzept zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen wird bei Bedarf geschult. Regelmäßige unangemeldete Überprüfung durch eine Kommission des Regierungspräsidiums Arnsberg.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Es existieren interne Vorgaben, nach extern erfolgt bei Problemen die Meldung an das BfArM.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Regelmäßige Patientenbezogene Konferenzen mit interdisziplinärer Besetzung (Psychiater, Psychologien, Pflege, Sozialarbeiter und weiteres therapeutisches Personal)	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Standardisierte Aufklärungsbögen werden verwendet.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Patienten mit gleichen oder ähnlichen Namen werden auf unterschiedlichen Stationen untergebracht. Bei Ehepaaren erfolgt eine farbliche Differenzierung.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Beobachtung im Aufwachraum nach Narkosen.
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Das Entlassmanagement ist integraler Bestandteil der Therapie.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	wöchentlich
Verbesserung Patientensicherheit	Im wöchentlichen Treffen der Geschäftsleitung werden die Meldungen auf ihre Relevanz für die Patientensicherheit analysiert, ggf. Expertenmeinungen eingeholt und Maßnahmen festgelegt.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	28.08.2020
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	2	Beratender KH-Hygieniker: Prof. Dr. med. Walter Popp, HyKoMed GmbH Dortmund Ärztliche Mitarbeiterin: Dr. med. vet. Nina Parohl, HyKoMed GmbH Dortmund
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	7	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Nein
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	14,18 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: .	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.marien-hospital-eickel.de/home/wir/qualitaet/hygiene.html	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Eine Delegiertenkonferenz unter der Anleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern tagt im wöchentlichen Turnus und leitet ein Protokoll über Beschwerden, Kritik und Lob an die Verantwortlichen aus der Betriebsleitung weiter. Von dort erfolgt die weitere Bearbeitung mit dem Ziel einer Rückmeldung an die Delegiertenkonferenz binnen Wochenfrist.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Jede Beschwerde, jeder Kommentar zur Arbeit des Krankenhauses hilft bei der Verbesserung unserer Qualität. Daher ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagementsystem etabliert, dessen zentrales und gelebtes Konzept die Delegiertenkonferenz ist.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Das Zeitziel für eine Rückmeldung ist auf sieben Arbeitstage festgelegt. Sind die Beschwerdeführer stationär im Hause, so wird eine direkte Kontaktaufnahme angestrebt.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Einweiserbefragungen werden für ausgewählte Patientengruppen durchgeführt. Sie erleichtern die Identifizierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Einweisern und Klinik.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Patientenbefragungen erfolgen regelmäßig. Eine repräsentative Stichprobe von Patienten des Krankenhauses wird alle 3 Jahre durch ein externes Institut (BQS) im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt befragt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	
Kommentar	Jeder Patient kann dem Krankenhaus anonyme Beschwerden über den Briefkasten des Patientenführersprechers zukommen lassen.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Alois Baumhoer
Telefon	02325/986-2603
Fax	02325/986-2649
E-Mail	alois.baumhoer@elisabethgruppe.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Beauftragter Begleiter der Delegiertenkonferenz
Titel, Vorname, Name	Harald Trappe
Telefon	02325/374-0
E-Mail	delegierte-mhe@web.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Beauftragter Begleiter der Delegiertenkonferenz
Titel, Vorname, Name	Mirco Szymyslik
Telefon	02325/374-0
E-Mail	delegierte-mhe@web.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht	http://www.marienhospital-eickel.de/home/wir/anregungen-kritik.html
Kommentar	Sie erreichen über die Internetseite des St. Marien-Hospital Eickel ein Feedback-Formular. Dort können Sie uns Lob und Beschwerden auch schriftlich mitteilen.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher**Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher**

Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Wolfgang Steble
Telefon	02323/2294722-
E-Mail	info@marienhospital-eickel.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

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**Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe**

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission
---	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
---------------------------	--

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Apothekenleiter
Titel, Vorname, Name	Dr. Frank Seifert
Telefon	02325/592-801
Fax	02325/592-888
E-Mail	Frank.Seifert@elisabethgruppe.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	6
Weiteres pharmazeutisches Personal	8

Erläuterungen
Apotheker entspricht 5 VZ-Stellen PTA entspricht 5,5 VZ-Stellen

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden 2 mal jährlich statt
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-handbuch im Intranet der Gruppe Letzte Aktualisierung: 28.08.2020	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Barcodegestützte Erstellung eines Medikationsplans
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-handbuch im Intranet der Gruppe Letzte Aktualisierung: 28.08.2020	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		Erfassung mittels Software inkl. Prüfung von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		Nutzung des Arzneimittelinformationssystems ID Diacos Pharma
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
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)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		Softwarebasierte Dokumentation der Verabreichen von Arzneimitteln
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses 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 Allgemeine Psychiatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben Allgemeine Psychiatrie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	2900 2931 2950 2951 2955 2960 2961
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de
Straße/Nr	Marienstraße 2
PLZ/Ort	44651 Herne
Homepage	http://www.marienhospital-eickel.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
Kommentar	Verträge mit leitenden Ärzten beinhalten generell keine Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Ärzte treffen ihre medizinischen Entscheidungen unabhängig.

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Psychiatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Psychiatrie	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	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP00	Suchtambulanz	

B-1.5 Fallzahlen Allgemeine Psychiatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2.518
Teilstationäre Fallzahl	597

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	903	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	336	Depressive Episode
3	F10	278	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
4	F20	168	Schizophrenie
5	F31	116	Bipolare affektive Störung
6	F05	106	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
7	F25	86	Schizoaffektive Störungen
8	F06	67	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
9	F11	46	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	F41	42	Andere Angststörungen
11	F43	39	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
12	F60	38	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
13	F12	34	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
14	F19	32	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
15	F15	30	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
16	F23	27	Akute vorübergehende psychotische Störungen
17	F14	18	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
18	F13	14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
19	F45	14	Somatoforme Störungen
20	G30	14	Alzheimer-Krankheit
21	F01	12	Vaskuläre Demenz
22	F22	12	Anhaltende wahnhaftige Störungen
23	F42	11	Zwangsstörung
24	F70	11	Leichte Intelligenzminderung
25	F90	10	Hyperkinetische Störungen
26	F03	8	Nicht näher bezeichnete Demenz
27	F53	7	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
28	F07	6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
29	F40	6	Phobische Störungen
30	F71	<= 5	Mittelgradige Intelligenzminderung
31	F63	<= 5	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
32	F16	<= 5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
33	F21	<= 5	Schizotype Störung
34	F44	<= 5	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
35	F50	<= 5	Essstörungen
36	F61	<= 5	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
37	F72	<= 5	Schwere Intelligenzminderung
38	F78	<= 5	Andere Intelligenzminderung
39	F79	<= 5	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
40	F84	<= 5	Tief greifende Entwicklungsstörungen
41	G31	<= 5	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	21.688	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	3.032	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-980	2.794	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
4	9-617	1.794	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
5	9-981	1.424	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
6	9-982	1.406	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
7	9-618	608	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
8	9-984	561	Pflegebedürftigkeit
9	8-630	402	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
10	9-640	188	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
11	1-207	182	Elektroenzephalographie [EEG]
12	9-647	124	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
13	9-619	98	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
14	3-200	97	Native Computertomographie des Schädels
15	1-770	55	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment
16	3-800	52	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
17	1-204	33	Untersuchung des Liquorsystems
18	6-006	29	Applikation von Medikamenten, Liste 6
19	9-641	15	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
20	9-61a	13	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
21	3-802	10	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
22	3-820	6	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
23	1-440	<= 5	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
24	1-632	<= 5	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
25	3-806	<= 5	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
26	3-990	<= 5	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
27	1-650	<= 5	Diagnostische Koloskopie

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

Chefarztsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,31	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 123,98

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,59	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 450,45

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 74,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	74,14	
Ambulant	0,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	74,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 33,96

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 97,26

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1.085,34

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 135,60

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 352,66

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 10,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,37	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,37	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 242,82

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 533,47

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

Anzahl Vollkräfte: 3,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 675,07

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,19	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 600,95

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,6	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 699,44

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 9,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,76	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 287,44

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	6	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pflege: Dekubitusprophylaxe Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,57
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	2.272
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2.272,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	2.272
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2.272,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**C-5.2 Angaben zum Prognosejahr****C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	17
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	10
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	10

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG****C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die St. Elisabeth Gruppe steht in einer langen Tradition katholischer Krankenhäuser in Herne und Witten. Sie verbindet Wissenschaft und Spitzenmedizin, bei der Ärzte und Pflegemitarbeiter fachlich und zwischenmenschlich individuell auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen. So erhalten Patienten Behandlungen, deren Ergebnisqualität sich an nationalen und internationalen Standards messen lassen kann.

Gleichzeitig wird die Qualität der Leistungen kontinuierlich erhöht und so die Attraktivität der Einrichtungen gesteigert. Hierfür investiert die St. Elisabeth Gruppe alle Überschüsse in medizinische Innovationen, Medizintechnik, Mitarbeiterqualifikation, Bau- sowie Sanierungsmaßnahmen und in zusätzliche Arbeitsplätze.

Qualität erfordert Investitionskraft und diese setzt wirtschaftliches Handeln voraus. Dank großer Abnahmemengen bei medizinischen Geräten, Medikamenten und Pflegematerial lassen sich an vielen Stellen die Kosten optimieren und gleichzeitig die Qualität steigern. Aus diesem Grund ist für die St. Elisabeth Gruppe das stetige Wachstum – u.a. durch erweiterte und neue Versorgungsangebote – ein wichtiges Unternehmensziel. Hierfür sind Partnerschaften mit niedergelassenen Ärzten sowie die Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, Kostenträgern und weiteren Gesundheitsunternehmen eine zentrale Voraussetzung.

Mit über 97.700 stationären und 176.700 ambulanten Patienten jährlich ist die St. Elisabeth Gruppe für über 6700 Mitarbeiter ein attraktiver Arbeitgeber, der langfristig Mitarbeiter binden möchte. Insbesondere für Ärzte und Pflegenden bietet sie alle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Zur St. Elisabeth Gruppe zählen verschiedene Akutkliniken, Fachkliniken, unterschiedliche Gesundheitsdienstleister und Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens:

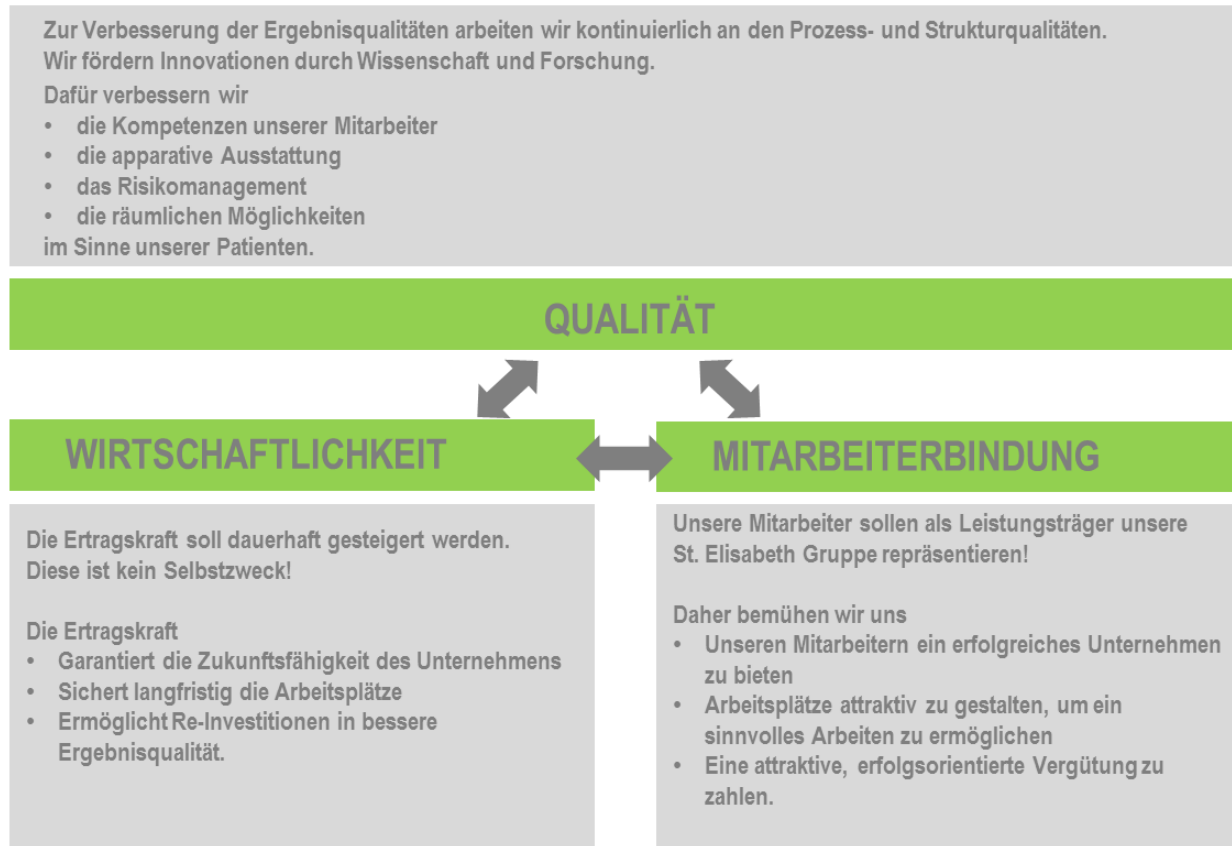
Krankenhäuser mit maximaler Versorgung:	St. Anna Hospital Herne Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum Marien Hospital Witten
Fachkliniken:	Rheumazentrum Ruhrgebiet St. Marien Hospital Eickel
Weitere Einrichtungen:	Medizinische Reha Eickel für psychische Gesundheit Ambulante Kinder- und Erwachsenenpflege MVZ Herne Ärzte Hölkeskampring MVZ Wanne Ärzte Am Ruschenhof MVZ Witten Ärzte Marienplatz Lukas Hospiz Herne St. Elisabeth Hospiz Witten Bildungszentrum Ruhr Bildungswerk e.V. Campus der St. Elisabeth Gruppe

Pflegeschule
Schule für Berufe im Operationsdienst
Akademie für Physiotherapie
Akademie der Ergotherapie
Akademie der Logopädie
Hebammenschule
Kinder in der St. Elisabeth Gruppe (Kindertagesstätte)
Senioreneinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe
Senioreneinrichtungen Widumer Höfe
St. Elisabeth Stift Herne
Gästehaus St. Elisabeth Herne

Alle diese unterschiedlichen Einrichtungen folgen einer gemeinsamen Qualitätspolitik.

Die St. Elisabeth Gruppe richtet sich in ihrem Handeln nach dem Strategischen Dreiklang. Dessen drei Komponenten: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterbindung sind die Basis für die bestmögliche Patientenbehandlung.

Strategischer Dreiklang der St. Elisabeth Gruppe



Erst eine gleichrangige Berücksichtigung aller drei Aspekte ermöglicht es uns, für die Patienten die optimale Behandlung anzubieten. Denn in Qualität können wir nur dann investieren, wenn uns dafür die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen. Die verfügbaren Mittel, die nur durch wirtschaftliches Handeln generiert werden können, investieren wir in die Qualifikation der Mitarbeiter und die Ausstattung der Häuser, wovon wiederum die Patienten profitieren.

D-2 Qualitätsziele

Der strategische Dreiklang bildet den Rahmen für die jährlichen Ziele der St. Elisabeth Gruppe.

Unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes, der gesundheitspolitischen Entwicklung und den Erwartungen unserer vielfältigen Interessengruppen wird die kontinuierliche Verbesserung in konkreten Qualitätszielen operationalisiert.

Zielschwerpunkte der St. Elisabeth Gruppe

Qualität

Optimierung der Behandlung Das „Herzstück“ unserer Qualität: Kontinuierliche Anpassung der medizinischen und pflegerischen Behandlung an den Stand der Wissenschaft und Forschung.

- # Die onkologische Kompetenz der St. Elisabeth Gruppe wird kontinuierlich ausgebaut.
- # Die Chemotherapiebehandlung erfolgt in allen Bereichen der St. Elisabeth Gruppe auf einem einheitlich hohen wissenschaftlichen und klinischen Niveau.
- # Ein immer aktuelles Antibiotikaregime kommt den Patienten zugute.
- # Kinästhetik ist als pflegerische Haltung in allen Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe etabliert.
- # Ein Schmerzkonzept für alle Patientengruppen ist umgesetzt.
- # Demenzbegleiterinnen unterstützen (interkulturell) die Pflege von Demenzerkrankten.

Patienten-sicherheit

Im Fokus: Verbesserung der Sicherheit von Patienten

- # Fehler werden erfasst und zu Verbesserungen genutzt (CIRS).
- # Risikomanagement als Vorbeugemaßnahme ist etabliert.
- # Informationen über Patienten liegen EDV basiert vor und sind in allen Behandlungsbereichen verfügbar.
- # Hygieneanforderungen werden umfassend umgesetzt.
- # Hygienische Anforderungen werden bereits bei der Bauplanung berücksichtigt.
- # Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinie (QM-RL) werden im Klinikalltag gelebt.
- # Das Labor der St. Elisabeth Gruppe analysiert sicher und zuverlässig, auf dem aktuellen Stand der Technik und in enger Kooperation mit den Einsendern.

Patienten-zufriedenheit Die Zufriedenheit unserer Patienten, die wir kontinuierlich über Rückmeldebögen und in regelmäßigen Abständen über Patientenbefragungen erheben, ist weit überdurchschnittlich.

Baumaßnahmen und eine Ausstattung der Räumlichkeiten auf hohem Niveau steigern die Attraktivität der St. Elisabeth Gruppe für Patienten.

Patienten sind durch eine aktuelle Homepage, Präsenz in der Sozialen Medien (Facebook, Instagram), die Ausgabe von Informationsbroschüren sowie durch Patientenveranstaltungen und Flyer gut informiert.

Beschwerden von Patienten werden erfasst und zur Verbesserung von Abläufen genutzt.

Entlassungsmanagement als gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Pflege- und Sozialberatung ist eingeführt und ermöglicht eine optimale Versorgung von Patienten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.

Die Einbeziehung von Angehörigen ist Anspruch aller Berufsgruppen.

Qualitäts-management Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der St. Elisabeth Gruppe entwickeln sich kontinuierlich weiter.

Die Messbarkeit von Ergebnisqualität wird vorangetrieben.

Unterjährige Analysen von Qualitätskennzahlen zur Qualitätsverbesserung sind etabliert.

Alle zertifizierten Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe erfüllen die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015.

Zusätzliche Zertifizierungen von Fachgesellschaften dokumentieren die Qualität medizinischer Schwerpunkte wo sinnvoll und notwendig.

Mitarbeiterbindung

Mitarbeiter-orientierung Unser Ziel „die Arbeitsplatzkultur ist weit überdurchschnittlich“.

Das Intranet dient für alle Mitarbeiter der St. Elisabeth Gruppe als Informationsplattform und als Qualitätsmanagement-Handbuch.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird über bedarfsgerechte Arbeitszeitmodelle sowie einen Betriebskindergarten mit flexiblen und langen Öffnungszeiten ermöglicht.

Eine gute Arbeitsplatzkultur wird durch Angebote im Bereich Freizeit und Sport unterstützt.

Die Mitarbeitergesundheit wird durch umfassende Arbeitsschutzmaßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt

Mitarbeiter-qualifikation	Die Qualifikation unserer Mitarbeiter als Voraussetzung für eine hohe Qualität der Patientenversorgung wird kontinuierlich weiterentwickelt. # Die Ausbildungsquote der St Elisabeth Gruppe ist überdurchschnittlich. # Führungskräfte der St. Elisabeth Gruppe sind kompetent und gut ausgebildet. # Gut ausgebildeter Nachwuchs wird durch eine eigene Krankenpflegeschule und Akademie auf dem Campus der St. Elisabeth Gruppe sichergestellt. # Ein Einarbeitungskonzept bereitet neue Mitarbeiter optimal auf ihre Tätigkeit in der St. Elisabeth Gruppe vor. # Eine E-Learning Plattform ermöglicht allen Mitarbeiter ein breit gefächertes Weiterbildungsangebot.
Wirtschaftlichkeit	
Medizinische Angebote	Die St. Elisabeth Gruppe bietet ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen. Wo sinnvoll und möglich werden # medizinische Angebote ausgebaut, # die Effizienz der Behandlung gesteigert, # neue Patienten angesprochen und # das ambulante Angebot ausgeweitet.
Organisation	Aktivitäten der Verwaltung im Hintergrund sind effizient und sicher. # Datensicherheit ist gewährleistet. # Die EDV der Elisabeth Gruppe arbeitet zuverlässig und sicher. # Die Umstellung auf IT gestützte Datenerfassung und -dokumentation wird vorangetrieben. # Baumaßnahmen werden zeitgerecht umgesetzt. # Die wirtschaftliche Verwendung von Geldern wird durch ständig verbesserte Beschaffungsprozesse garantiert. # Schmale, flexible und bedarfsgerechte Verwaltungsstrukturen und Abläufe unterstützen die Wirtschaftlichkeit der Gruppe.

Übergeordnete Ziele der gesamten St. Elisabeth Gruppe werden durch spezifische Zielsetzungen der einzelnen Einrichtungen ergänzt und in aktuellen Qualitätsprojekten bearbeitet.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die St. Elisabeth Gruppe besteht aus verschiedenen, heterogenen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäusern, Alteinrichtungen, Labor, Bildungseinrichtungen etc.), die sich innerhalb der letzten Jahre zu einer GmbH zusammengeschlossen haben.

Verbindende Klammer im Bereich des Qualitätsmanagements ist der Strategische Dreiklang als gemeinsame Zielvorstellung der Gruppe.

Zertifizierungsbasis

Basis des Qualitätsmanagementsystems ist die DIN EN ISO 9001:2015 sowie die Anforderungen des SGB V und die Qualitätsmanagement-Richtlinie. Die Implementierung und Weiterentwicklung des QM wird durch die Abteilung Qualitätsmanagement der St. Elisabeth Gruppe koordiniert.

Neben der Basiszertifizierung wird in den Kliniken und Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe die hohe Qualität durch fachspezifische Zertifizierungen überprüft und bestätigt. Eine Zusammenstellung findet sich im Teil D 6 dieses Qualitätsberichtes.

Organisation Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist Aufgabe der Geschäftsführung, eines jeden Chefarztes, der Gesamt-Pflegedienstleitung und der Abteilungsleitungen sowie aller Mitarbeiter.

Alle grundsätzlichen Entscheidungen zum Aufbau des Qualitätsmanagements werden von der Geschäftsführung getroffen. Auf der Abteilungsebene sind die Chefärzte der Kliniken und Leiter der Abteilungen verantwortlich für die Sicherung der Qualität und die Umsetzung verbindlich aufgestellter Regeln im Rahmen des Qualitätsmanagements. Alle Mitarbeiter sind für die Mitarbeit und Umsetzung verantwortlich.

Die Abteilung Qualitätsmanagement unterstützt als zentrale Abteilung der St. Elisabeth Gruppe alle Einrichtungen. Die Mitarbeiter der Abteilung organisieren und begleiten die qualitätsrelevanten Aktivitäten und Projekte sowie die Zertifizierungen.

Interdisziplinäre Qualitätsmanagement Teams der Einrichtungen

Für die einzelnen Abteilungen sind Qualitätsmanagementbeauftragte benannt. In den medizinischen Bereichen arbeiten in jeder Fachabteilung ein QMB-Duo aus Medizin (Ärztlicher Dienst) und Pflege (Pflegedienst) gemeinsam an der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Abteilung.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Intranet/QM-Handbuch

Die Organisation und Dokumentation unseres QM-Systems wird im Intranet des Unternehmens für alle Mitarbeiter transparent und nachvollziehbar. Alle Mitarbeiter richten sich nach den gleichen Standards.

QM-Team

Die Qualitätsbeauftragten der Abteilungen treffen sich regelmäßig. Die Treffen dienen dem Erfahrungsaustausch in und zwischen den Abteilungen und zur Information über Neuerungen.

Qualitätszirkel bzw. Arbeitskreise

Zur Evaluierung und Verbesserung finden in den Kliniken und Zentren regelmäßig Qualitätszirkel statt.

Projektbezogen werden interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interdisziplinär in die Bearbeitung qualitätsrelevanter Themen einbezogen.

Systematische Auswertung der Patientenbeschwerden

Jede Beschwerde hilft uns besser zu werden. Daher werden die Patienten aufgefordert uns Ihre Wünsche, Anregungen, Beschwerden oder Probleme in einem Beschwerdebogen zu übermitteln. Rückmeldungen an die Beschwerdeführer (sofern gewünscht) und Auswertung der Beschwerden sind selbstverständlich.

Patientenbefragungen

Kontinuierlich erfassen wir die Patientenzufriedenheit über einen internen Erfassungsbogen.

Die Patienten unserer Onkologischen Krebszentren und Zentren mit fachspezifischen Zertifizierungen werden jährlich auf ihre Zufriedenheit mit spezifisch onkologischen Themen befragt.

Die Entwicklung der Zufriedenheit erlaubt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen.

Einweiserbefragungen in Teilbereichen

In den Onkologischen Bereichen werden regelmäßige Befragungen durchgeführt. In allen weiteren Bereichen trägt eine kontinuierliche Netzwerkpflge zu einer engen kooperativen Zusammenarbeit bei.

Auswertung statistischer Daten durch das Controlling

Alle Rahmendaten wie Fallzahlen, Verweildauern, Fallschwere, Diagnosen und Prozeduren werden kontinuierlich erhoben, wöchententlich ausgewertet und dienen der Überprüfung der Wirksamkeit bereits umgesetzter Qualitätsmaßnahmen. Auch der Stand der externen Qualitätssicherung unterliegt einem regelmäßigen Monitoring, um bereits unterjährig Defizite erkennen und beseitigen zu können.

Mitarbeiterbefragungen

Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen zu Kultur und Führung dienen als Basis für einen „Dialog nach innen“ und zur Ableitung und Aktivierung von Verbesserungen für die Organisationseinheiten.

Fallbesprechungen

In täglichen abteilungsinternen Besprechungen werden die Diagnose und Therapie aller Patienten besprochen. Spezielle Probleme oder besonders interessante Fälle werden teilweise interdisziplinär in Fallkonferenzen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen) besprochen.

Tumorkonferenz

Die Therapie aller an Krebs erkrankten Patienten wird bei uns in „Tumorkonferenzen“ besprochen. Der jeweilige behandelnde Arzt sowie Fachärzte der Disziplinen Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie und Onkologie und Mitarbeiter der onkologischen Fachpflege treffen sich dazu wöchentlich. Bedarfsgerecht werden assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologe, Sozialdienst) in die Tumorkonferenz einbezogen.

Kommissionen und Konferenzen

Zur Sicherstellung des Informationsaustausches sowie zur Festlegung einheitlicher Standards treffen sich regelmäßig interdisziplinär besetzte Kommissionen. Dazu gehören beispielweise die Hygienekommission, der Arbeitssicherheitsausschuss, die Arzneimittelkommission, die OP-Steuerungsgruppe und die Transfusionskommission.

CIRS (Critical Incident Reporting System)

Jeder Mitarbeiter der St. Elisabeth Gruppe hat die Möglichkeit kritische und sicherheitsgefährdende Situationen über ein Meldeportal im Intranet anonym zu melden.

Risikoanalysen- und Risikoaudits

Im Rahmen von Risikoanalysen identifizieren Chefärzte bzw. Führungskräfte gemeinsam mit den Qualitätsmanagementbeauftragten und Stationsleitungen potentielle Risiken der einzelnen Organisationseinheiten. Sie werden von ausgebildeten Risikomanagern unterstützt. Die identifizierten Risiken werden bewertet und priorisiert, um daraus den Handlungsbedarf für die Risikosteuerung abzuleiten. Die Gesamtheit der bewerteten Risiken bildet das Risikoportfolio der St. Elisabeth Gruppe

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Um dem Strategischen Dreiklang und den Zielen der St. Elisabeth Gruppe gerecht zu werden und unsere Qualität sowohl im Hinblick auf die Patientenbehandlung und -versorgung als auch im Bereich der Mitarbeiterzufriedenheit weiter zu verbessern, werden zeitlich befristet Projekte durchgeführt oder kontinuierlich in regelmäßigen Qualitätszirkeln an qualitätsrelevanten Themen gearbeitet.

St. Elisabeth Gruppe Katholische Kliniken Rhein-Ruhr

1. Lernen aus Fehlern

Das Meldesystem zur Erfassung und Bearbeitung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen

(CIRS) wird stetig weiterentwickelt. Die Umsetzung von Maßnahmen aus diesen Meldungen wird optimiert.

2. Risiken kennen und vorbeugen

Eine systematische Betrachtung möglicher Risiken wird mit allen Chefärzten zur Optimierung der Patientensicherheit durchgeführt.

3. Unterstützung von krebskranken Patienten

Neben der medizinischen Versorgung wird ein umfangreiches Angebot an unterstützenden Maßnahmen und Therapien angeboten. Dieses reicht von der psychoonkologischen Betreuung bis hin zu vielfältigen Sport- und Entspannungsangeboten. Aktuell wird insbesondere die Pflegeberatung ausgebaut.

4. Führungskräfte sind kompetent

Eine intensive Schulung der Führungskräfte der St. Elisabeth Gruppe im Rahmen des modularisierten Führungskräfte Trainingsprogramm führt durch Kompetenzverbesserung der Führungskräfte zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit und zu besser strukturierten Abläufen für unsere Patienten. Junge Nachwuchsführungskräfte (aus dem Bereich der Pflege, des ärztlichen Dienstes und der Verwaltung) werden im einem interdisziplinären Führungskräfte Training an zukünftige Aufgaben herangeführt.

5. Servicequalität in der St. Elisabeth Gruppe

Im Rahmen des Projektes „Service in der St. Elisabeth Gruppe“ geht es um die Verbesserung der Haltung des Mitarbeiters gegenüber unseren Patienten. Erarbeitete Servicestandards, Schulungsprogramme und Workshops unterstützen hier den Umsetzungsprozess zur Qualitätsverbesserung für unsere Einrichtung.

6. Mitarbeiterjahresgespräche

Bereits in vielen Organisationseinheiten etablierte Mitarbeiterjahresgespräche werden sukzessive in der ganzen Gruppe zum Standard. Durch Zielklarheit, Feedback und Entwicklungsplanung wird die Motivation und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter erhöht.

7. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen

Die Sicherstellung von familienfreundlichen Arbeitsbedingungen erfolgt u.a. durch eine Vielzahl von flexiblen Arbeitszeitmodellen sowie eine unternehmenseigene Kita mit idealen Öffnungszeiten (06:30 – 20:30 Uhr).

8. Praktikantenmanagement

Das Projekt „Praktikantenmanagement“ dient dem frühzeitigen Kontaktaufbau zu potentiellern Nachwuchs.

9. Campus der St. Elisabeth Gruppe am Standort Börnig

Die Bündelung aller Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote erfolgt im Rahmen des Projektes „Campus der St. Elisabeth Gruppe“ und sichert den notwendigen Nachwuchs zur Weiterentwicklung des Klinikverbundes. Das umfasst folgende Ausbildungsangebote:

Ausbildung zum / zur

1. Gesundheits- und Krankenpfleger/in sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
2. Gesundheits- und Krankenpflegeassistent
3. Altenpfleger/in
4. Operationstechnischen Assistenz
5. staatlich anerkannten Physiotherapeuten/in
6. staatlich anerkannten Ergotherapeut/in
7. staatlich anerkannten Logopäden/Logopädin
8. Hebamme
9. **Senioreneinrichtungen**

Neben den Ausbildungsangeboten wird unter dem Motto Jung und Alt am Standort Bönig eine Alteneinrichtung mit Tagespflege und Demenzstation in neuen Räumlichkeiten entstehen.

10. **Informations- und Datensicherheit**

Große Krankenhäuser zählen zur „kritischen Infrastruktur“, was die Datensicherheit angeht. Zur Sicherung der Patientendaten gegen Angriffe von außen wird ein umfassendes Schutzkonzept gemäß ISO 27001 kontinuierlich weiterentwickelt.

1. **Medizinische Versorgungszentren der St. Elisabeth Gruppe**

Um auch die ambulante Versorgung der Patienten zu garantieren, werden in Bereichen mit unzureichender Versorgung sogenannte medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet. Mit Standorten an allen Akutkliniken deckt das MVZ umfangreiche Versorgungsbereiche ab. Eine weitere Ausweitung ist im hausärztlichen, gynäkologischen, rheumatologischen und pneumologischen Bereich geplant.

2. **Patientendatenmanagementsystem auf den Intensivstationen**

Die Erfassung der umfangreichen medizinischen Daten, die auf einer Intensivstation erfasst und bearbeitet werden müssen, steht den Mitarbeitern eine volldigitale Lösung zur Verfügung.

3. **Schutzkonzept gegen Gewalt innerhalb der St. Elisabeth Gruppe**

In den Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe wurde ein Schutzkonzept zur Prävention gegen sexualisierte Gewalt entwickelt und etabliert. Als Orientierung dient ein Verhaltenskodex, der die Achtung der Würde der uns anvertrauten Menschen zum Ausdruck bringt und jegliche Form von Gewalt untersagt.

Als Ansprechpartner stehen qualifizierte Präventionsfachkräfte zur Verfügung.

4. **Ausweitung E-Learning**

Eine neue Schulungsplattform wurde etabliert, die die Präsenzs Schulungen vor Ort ergänzen und teilweise ersetzt. Das Angebot an Inhalten konnte deutlich erweitert werden.

5. **Pilotprojekt im Bereich der Lebensmittelverschwendung**

In den Cafeterien der St. Elisabeth Gruppe wurde die Rescue Quality Box (kurz: ResQBox) eingeführt. Gegen fünf Euro Pfand können Mitarbeiter und Gäste die Box erwerben, die sie sich ab 14 Uhr gegen einen reduzierten Preis mit den übrig gebliebenen Gerichten in der Cafeteria füllen lassen können. Dies ist bereits das zweite Projekt in diesem Bereich. Bereits seit 2018 kooperiert das Küchenteam der St. Elisabeth Gruppe mit der Initiative „United Against Waste“, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Verschwendung von Lebensmitteln in verarbeitenden Bereichen zu reduzieren.

6. Virtuelle Sprechstunde der Chirurgischen Klinik

In der Chirurgischen Klinik des Marien Hospital Herne wurde eine Video-Sprechstunde eingeführt. Patienten, die keine körperliche Untersuchung benötigen, können auf Wunsch die Online-Sprechstunde wahrnehmen. Davon können unter anderem Patienten mit einem geschwächten Immunsystem oder mit weiten Anfahrtswegen profitieren. Darüber hinaus besteht über diesen Kanal die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen. Dazu können alle Befunde oder OP-Unterlagen vorab per E-Mail an die Klinik übermittelt werden. Für die Teilnahme an der virtuellen Sprechstunde werden lediglich ein Endgerät mit Bildschirm, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung benötigt.

7. Virtuelle Betroffenen-Veranstaltungen

Informationsveranstaltungen für Betroffenen und Angehörige werden weitestgehend digital angeboten und sind als IGTV auf dem Instagram-Account [@st.elisabethgruppe](#) verfügbar. So haben Interessierte auch im Nachhinein noch die Möglichkeit, sich das Video anzusehen.

8. Digital vor Ort – Intensivstation bietet virtuelle Besuche an

In den Zeiten der pandemisch begründeten Besuchsverbote konnten und können Patienten auf der Intensivstation digital Besuch von ihren Angehörigen empfangen. Das Team der Station organisiert Videoanrufe über ein spezielles Tablet, sodass vor allem ältere, bettlägerige Patienten von den Möglichkeiten der modernen Technik profitieren können

Marien Hospital Eickel

1. Weiterentwicklung der offenen Psychiatrie

Verzicht auf geschlossene Stationen, auch in der Versorgung eigen- und fremdgefährdender Patienten.

2. Gewaltreduktion in der Klinik

Minimierung von Fixierungen und Zwangsmedikationen, aber auch von fremdaggressiven Übergriffen von Patienten.

3. Akut-Tagesklinik

Tagesklinische Versorgung ohne Wartezeiten

4. Substitutionsambulanz für opiatabhängige Patienten aus Herne und überregional

Erfassung und Behandlung von psychischen Komorbiditäten

5. Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke für psychiatrische Lehre der Medizinstudenten

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe unterziehen sich regelmäßig verschiedensten internen wie externen Qualitätsbewertungen.

Die Bewertungsverfahren umfassen interne Qualitätsaudits, Begehungen zur Überprüfung der Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorgaben (Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Medikamentensicherheit, Sicherheit von Medizingeräten) sowie die Analyse von Qualitätskennzahlen.

Die Ergebnisse dieser Qualitätsbewertungen werden in den Abteilungen durch die leitenden Ärzte analysiert, wo immer möglich mit den Ergebnissen anderer Einrichtungen verglichen und bewertet. Die Ergebnisse fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Qualitätsmanagementsystems ein, ggf. werden Abläufe verändert, medizinische Verfahren optimiert oder Mitarbeiter zusätzlich qualifiziert. In der jährlichen Managementbewertung erfolgt eine Bewertung aller Aktivitäten und Maßnahmen durch die Chefärzte der Abteilungen und die Geschäftsleitung.

Im Jahr 2020 wurden alle Zertifizierungen weiterverfolgt.

Sowohl das Marien Hospital in Herne (seit 2020) als auch das Marien Hospital in Witten (seit 2019) sind als Chest Pain Unit durch die Dt. Gesellschaft für Kardiologie anerkannt und bieten damit Herzinfarktpatienten eine optimale, schnelle Behandlung an.

Die zahlreichen Praxen, die unter dem Dach der Medizinischen Versorgungszentren an den Standorten Herne, Witten und Wanne zusammenfasst sind, werden sukzessive in das QM System eingebunden und zertifiziert.

Externe Bewertungen des Qualitätsmanagementsystems der St. Elisabeth Gruppe

Das **Qualitätsmanagementsystem** der St. Elisabeth Gruppe ist nach der DIN EN ISO 9001 aufgebaut und in vielen Bereichen auch zertifiziert. Fachexperten überprüfen regelmäßig die Einhaltung gesetzlicher Regeln und Normen.

Apotheke

Die **Apotheke** ist nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert und erfüllt die Anforderungen der QMS-Satzung der Apothekerkammer Westfalen-Lippe.

Erstzertifizierung: 2009, Gültig bis: 2021, Zertifiziert durch: Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Labor

Die nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifizierten **Labore der St. Elisabeth Gruppe** gehören zu den modernsten Krankenhauslaboren der Region und versorgen fünf Krankenhäuser mit einem umfangreichen Spektrum an Untersuchungen.

Erstzertifizierung: 2011, Gültig bis: 2023, Zertifiziert durch: TÜV Hessen

Die Zentralsterilisation der St. Elisabeth Gruppe ist für den Bereich „Aufbereitung von Medizinprodukten bis einschließlich der Risikoklasse kritisch C mit RDG, Dampf-, und Plasma-Sterilisation auch für externe Kunden als Dienstleistung“ nach der DIN EN ISO 13485:2016 zertifiziert.

Erstzertifizierung: 2004, Gültig bis: 2023, Zertifiziert durch: DEKRA

Bildungseinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe am Campus

Die **Pflegeschule der St. Elisabeth Gruppe** bildet Pflegefachfrauen und -männer in allen Bereich der Pflege, u. a. in der Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege, aus. Auch eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin ist hier möglich. Unter anderem ermöglicht eine spezielle Lehrstation eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis. Die Auszubildenden erwerben alle fachlichen, sozialen, ethischen und interkulturellen Kompetenzen, die sie für die Arbeit in der Pflege benötigen.

Die Ausbildung zum/zur Operationstechnischen Assistenten/in findet in der **Schule für Berufe im Operationsdienst** statt. Operationstechnische Assistenten werden im OP, in der Ambulanz, Endoskopie sowie in der Zentralsterilisation eingesetzt. Sie arbeiten Hand in Hand mit den Ärzten und betreuen Patienten vor, während und nach einer OP.

Die **Akademie der Logopädie, Physio- und Ergotherapie** bietet die Ausbildung zum/zur Physiotherapeuten/in zum/zur Ergotherapeuten/in sowie zum/zur Logopäden/in. Alle Ausbildungen sind staatlich anerkannt.

In der **Hebammenschule** werden Hebammen für den Einsatz in der Geburtshilfe ausgebildet.

Das **Bildungszentrum Ruhr** ist für den Geltungsbereich „Durchführung von Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen“ nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Erstzertifizierung: 2011, Gültig bis: 2023, Zertifiziert durch: TÜV Rheinland Cert GmbH

Das **Bildungswerk e.V.** ist für den Geltungsbereich „Durchführung von Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen, Bildungsangebote der Prävention und Rehabilitation, Bildungsangebote für Frauen, Familien und Senioren“ nach der DIN ENISO 9001:2015 zertifiziert.

Erstzertifizierung: 2017, Gültig bis: 2023, Zertifiziert durch: TÜV Rheinland Cert GmbH

Die **FOM Hochschule für Oekonomie & Management** bietet angehenden Fach- und Führungskräften im Gesundheits- und Sozialwesen den Bachelorstudiengang Gesundheitspsychologie & Medizinpädagogik (B.A.) als berufsbegleitendes Studium an. Die Vorlesungen auf dem Campus der St. Elisabeth Gruppe statt, der eine Ausbildungsstätte der FOM ist.

Außerdem bietet die St. Elisabeth Gruppe in Kooperation mit der FOM Hochschule für Oekonomie & Management ein berufsbegleitendes Masterstudium Pädagogik & Digitales Lernen (M.A.) an.

Arztpraxen MVZ

MVZ Herne Ärzte

1. Hausärztliche Versorgung, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Allergologie, Hypertensiologie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Allgemeinmedizin, Nuklearmedizin, Radiologie, Kardiologie am Standort Hölkeskampring
2. Innere Medizin, Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin sowie Inneren Medizin und hausärztliche Versorgung am Standort Castrop-Rauxel, Obere Münsterstraße
3. Allgemeinmedizin am Standort Castrop-Rauxel, Münsterplatz,
4. Gynäkologie an Standort Herne Bahnhofstraße
5. Anästhesiologie, Schmerztherapie, Palliativmedizin am Standort Herne Gerichtsstraße

MVZ Wanne Ärzte

1. Onkologische Praxis am Ruschenhof

MVZ Ärzte Witten

2. Onkologische Praxis, Witten
3. Gynäkologische Praxis Herdecke

Erstzertifizierung: 2017, Gültig bis: 2023, Zertifiziert durch: ClarCert

Externe Bewertungen Medizinische Reha Eickel

Medizinische Fachgesellschaften definieren Qualitätskriterien und Anforderungen. Die Erfüllung dieser für bestimmte Krankheitsbilder eng definierten Anforderungen überprüfen Fachexperten vor Ort und vergeben die begehrten Qualitätssiegel. Die St. Elisabeth Gruppe stellt sich, wo möglich und sinnvoll, dieser externen Leistungskontrolle.

Medizinische Rehabilitationseinrichtung für psychische Gesundheit

Leitung: Chefarzt Dr. Peter Wilhelm Nyhuis / Swantje Zeiß

Seit 2012 ist die Medizinische Reha Eickel nach DIN EN ISO 9001 und den Anforderungskriterien der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert und erfüllt damit die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Erstzertifizierung: 2012, Gültig bis: 2024, Zertifiziert durch: DIOcert