



Strukturierter Qualitätsbericht Rheumazentrum Ruhrgebiet

Berichtsjahr 2019

SAATMANN

Qualitätssicherung im Krankenhaus

Inhaltsverzeichnis

-	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	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
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	11
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	35
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 35	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	36
B-1	Rheumatologie	36
C	Qualitätssicherung	51
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	51
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	51
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	62
C-3 V	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB 62	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	62

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	62
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 63	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	63
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	63
D	Qualitätsmanagement	64
D-1	Qualitätspolitik	64
D-2	Qualitätsziele	66
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	68
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	69
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	71
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	74

- Einleitung

Rheumazentrum Ruhrgebiet Qualitätsbericht 2019

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Referentin Controlling
Titel, Vorname, Name	Katrin Gayk
Telefon	02325/65222-206
Fax	02325/65222-899
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	02325/986-2601
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrer@elisabethgruppe.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.elisabethgruppe.de/>

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Rheumazentrum Ruhrgebiet
Hausanschrift	Claudiusstr. 45 44649 Herne
Zentrales Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
Postanschrift	Claudiusstr. 45 44649 Herne
Institutionskennzeichen	260590516
Standortnummer	00
URL	http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen Braun
Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-143
E-Mail	juergen.braun@elisabethgruppe.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedienstleiter
Titel, Vorname, Name	Axel Böttcher
Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
E-Mail	axel.boettcher@elisabethgruppe.de

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Gesamtpflegedienstleitung St. Elisabeth Gruppe
Titel, Vorname, Name	Marion Schmitz
Telefon	02325/986-2370
E-Mail	Marion.Schmitz1@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	Alois Baumhoer
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 Katholische Kliniken Rhein-Ruhr GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Isometrie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	manuelle Therapie, cranio-sacrale Therapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	z. B. Schulung bei rheumatoider Arthritis
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	z.B. psychologische Schmerzedukation
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	schmerztherapeutische Komplexbehandlung
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	in Kooperation mit orthopädischem Schumacher sowie Sanitätshaus
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/patienteninfos/selbsthilfegruppen/kontaktadressen-auf-ortlicher-ebene.html	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		

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

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Mitarbeiter/in Beratung und Entlassung
Titel, Vorname, Name	Martin Richter
Telefon	02325/592-760
E-Mail	Martin.Richter@elisabethgruppe.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	

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	Prof. Dr. Braun an der Ruhr-Universität Bochum
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Modellstudiengang klinische Visiten im Rheumazentrum Ruhrgebiet
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/fortbildung-undwissenschaft.html
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL09	Doktorandenbetreuung	

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 Physio- und Ergotherapie. http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physio- und Ergotherapie. http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html
HB09	Logopädin und Logopäde	

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	148

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	7.887
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	19.455

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: 35,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,07	
Ambulant	6,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,28	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,41	
Ambulant	2,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,06	
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: 32,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,65	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,57	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,78	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,66	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,86	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,85	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,04	
Ambulant	7,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,69	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

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

Anzahl Vollkräfte: 3,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,21	
Nicht Direkt	0	

SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 7,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,18	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 11,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,72	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

Anzahl Vollkräfte: 0,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,59	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 2,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,54	
Nicht Direkt	0	

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Anzahl Vollkräfte: 10,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,24	
Ambulant	8,64	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,88	
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	Zentrales Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Beate Kuhl
Telefon	02325/986-2313
Fax	02325/986-302313
E-Mail	beate.kuhl@elisabethgruppe.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Die Abteilung Qualitätsmanagement ist in der gesamten St. Elisabeth Gruppe einheitlich organisiert. Das oberste Lenkungsgremium besteht aus dem Geschäftsführer, dem für das QM verantwortlichen Prokuristen und der Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement.
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	02302/173-1113
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 Qualitätsmanagementhandbuch der St. Elisabeth Gruppe hinterlegt.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Es erfolgen regelmäßige Schulungsmaßnahmen in risikorelevanten Bereichen: - Reanimations-schulungen - Brandschutz- unterweisungen - Hygiene- schulungen 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	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Es bestehen Schmerzkonzepte für alle Patienten des Krankenhauses.
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 Konzepts.
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.
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	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel	Die aufgeführten Fallbesprechungen finden regelmäßig statt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Über das Krankenhausinformationssystem werden standardisierte Bögen patientenbezogen in der jeweils gewünschten Sprache ausgedruckt, mit den Patienten ausführlich besprochen und eine Kopie der Aufklärung den Patienten ausgehändigt.
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 28.08.2020	Patienten werden auf ihre Entlassung vorbereitet. Die Planung beginnt bereits bei der Aufnahme. Dazu arbeiten Pflegedienst, ärztlicher Dienst und Entlassmanagement eng zusammen.

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
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	2	Beratender KH-Hygieniker: Herr Prof. Dr. med. Walter Popp, HyKoMed GmbH Dortmund Ärztliche Mitarbeiterin: Frau Dr. med. vet. Nina Parohl, HyKoMed GmbH Dortmund
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	10	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Oberärztin (Hygienebeauftragte)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ute Häusler
Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
E-Mail	Ute.Haeusler@elisabethgruppe.de

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 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 Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe

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	17,10 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 / Noroviren	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: Teilnahme am Netzwerk	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Start ab 2016
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/wir/quanitaet/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	"Ihre Meinung ist uns wichtig!" Unter diesem Motto steht das Beschwerdemanagement des Rheumazentrums Ruhrgebiet. Wir bieten den Patienten das persönliche Gespräch, die Möglichkeit Lob und Beschwerden schriftlich zurückzumelden, ein Feedbackformular auf der Homepage sowie telefonische Kontaktmöglichkeiten, z.B. über den Patientenfürsprecher. Eine sorgfältige Analyse der Beschwerden und der positiven Rückmeldungen sind die Basis zur Optimierung der Aufenthalts- und Behandlungsqualität.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Jede Beschwerde, jeder Kommentar zur Arbeit des Krankenhauses hilft uns bei der Verbesserung unserer Qualität. Daher ist ein strukturiertes Beschwerdemanagementsystem etabliert. Jeder Patient erhält bei Aufnahme einen Meinungsbogen, der, falls gewünscht, auch anonym, die zentrale Beschwerdeannahme erreicht. Die Beschwerden werden an die jeweiligen Adressaten weitergeleitet und von diesen bearbeitet. Die Auswertung erfolgt durch das Zentrale Qualitätsmanagement.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Mündliche Beschwerden werden, wenn möglich in Abstimmung mit dem Beschwerdeführer, direkt bearbeitet. Ist dies nicht möglich, werden sie dokumentiert und an die Verantwortlichen weitergeleitet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Zu Beschwerdeführern, die eine Rückmeldung zu ihren Anliegen wünschen, wird telefonisch oder schriftlich Kontakt aufgenommen.
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 wird alle drei Jahre durch ein externes Institut (BQS) im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt befragt. Mit dem Ziel ein Benchmarking in den Dimensionen Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Organisationseffizienz zu erhalten, nehmen wir an dem Projekt KOBRA, einer Kooperation des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) und des Aqua-Instituts, teil.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	
Kommentar	Jeder Patient kann dem Krankenhaus anonyme Beschwerden zukommen lassen. Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme sind der Meinungsbogen oder der Patientenführsprecher.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Assistentin zentrale Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Frau Sarah Heintze
Telefon	02325/986-2380
Fax	02325/986-2369
E-Mail	sarah.heintze@elisabethgruppe.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	https://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/untermenue/wir/qualitaetsmanagement/lob-beschwerden.html
Kommentar	Sie erreichen über die Internetseite des Rheumazentrums ein Feedback-Formular. Dort können Sie uns Lob und Beschwerden schriftlich mitteilen.

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Pfarrer Thomas Horsch
Telefon	02325/323-18
E-Mail	pv-wanne@erzbistum-paderborn.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	Pfarrer Horsch trägt als Teilnehmer des Beschwerdegremiums zur Identifizierung von Verbesserungsmaßnahmen bei.

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	7

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 zweimal 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	in Kooperation
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Radiologie Herne am Standort Rheumazentrum Ruhrgebiet
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	in Kooperation
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Radiologie Herne am Standort Rheumazentrum Ruhrgebiet
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Elektrophysiologische Messplätze mit EMG, NLG im Haus, zusätzlich VEP, SEP, AEP in Kooperation
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	-	

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen:	Nein
---	------

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Rheumatologie

B-1.1 Allgemeine Angaben Rheumatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Rheumatologie
Fachabteilungsschlüssel	0900 0109
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jürgen Braun
Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
E-Mail	verwaltung@rheumazentrum-ruhrgebiet.de
Straße/Nr	Claudiusstr. 45
PLZ/Ort	44649 Herne
Homepage	http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.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 Rheumatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Rheumatologie	Kommentar
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriole und Kapillaren	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z.B. Gicht und soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Rheumatologie	Kommentar
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	soweit das rheumatologische Fachgebiet betroffen ist

B-1.5 Fallzahlen Rheumatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	7.887
Teilstationäre Fallzahl	0

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

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M79	1.510	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
2	M05	1.052	Seropositive chronische Polyarthrit
3	M25	667	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
4	M06	632	Sonstige chronische Polyarthrit
5	M15	503	Polyarthrose
6	M35	454	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
7	M45	401	Spondylitis ankylosans
8	L40	349	Psoriasis
9	M19	305	Sonstige Arthrose
10	M47	281	Spondylose
11	M31	240	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
12	M10	139	Gicht
13	M32	122	Systemischer Lupus erythematodes
14	M34	115	Systemische Sklerose
15	M77	113	Sonstige Enthesopathien
16	M13	83	Sonstige Arthritis
17	M11	76	Sonstige Kristall-Arthropathien
18	I77	60	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
19	M33	48	Dermatomyositis-Polymyositis
20	M54	41	Rückenschmerzen
21	M42	39	Osteochondrose der Wirbelsäule
22	M53	37	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
23	D86	33	Sarkoidose
24	M75	33	Schulterläsionen
25	M48	31	Sonstige Spondylopathien
26	M17	28	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
27	M18	27	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
28	M65	27	Synovitis und Tenosynovitis
29	I73	22	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten
30	M30	21	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
31	L93	20	Lupus erythematodes
32	E85	18	Amyloidose
33	K66	18	Sonstige Krankheiten des Peritoneums
34	M12	16	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien
35	M60	16	Myositis

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
36	M02	15	Reaktive Arthritiden
37	M62	12	Sonstige Muskelkrankheiten
38	M85	12	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur
39	M80	11	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
40	M84	9	Veränderungen der Knochenkontinuität
41	M16	8	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
42	M51	8	Sonstige Bandscheibenschäden
43	M70	8	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck
44	M76	8	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes
45	M94	8	Sonstige Knorpelkrankheiten
46	K50	7	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
47	M46	7	Sonstige entzündliche Spondylopathien
48	K51	6	Colitis ulcerosa
49	L52	6	Erythema nodosum
50	M08	6	Juvenile Arthritis
51	M89	6	Sonstige Knochenkrankheiten
52	I20	5	Angina pectoris
53	M86	5	Osteomyelitis

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-826	3.323	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
2	8-983	2.232	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
3	3-990	1.872	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	8-561	1.819	Funktionsorientierte physikalische Therapie
5	8-547	1.683	Andere Immuntherapie
6	3-900	1.448	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
7	3-802	1.366	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8	1-206	913	Neurographie
9	1-205	832	Elektromyographie (EMG)
10	9-984	716	Pflegebedürftigkeit
11	1-712	710	Spiroergometrie
12	3-806	661	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
13	8-020	567	Therapeutische Injektion
14	9-410	562	Einzeltherapie
15	6-001	482	Applikation von Medikamenten, Liste 1
16	1-710	478	Ganzkörperplethysmographie
17	1-711	460	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
18	3-805	448	Native Magnetresonanztomographie des Beckens
19	3-823	443	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
20	8-918	378	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
21	1-854	307	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
22	3-82a	287	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
23	3-222	220	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
24	3-820	197	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
25	1-632	196	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
26	3-202	178	Native Computertomographie des Thorax
27	8-542	162	Nicht komplexe Chemotherapie
28	1-440	151	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
29	1-650	117	Diagnostische Koloskopie
30	8-550	89	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
31	3-225	78	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
32	1-542	77	Biopsie an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang durch Inzision

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
33	3-822	64	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel
34	6-005	59	Applikation von Medikamenten, Liste 5
35	3-800	55	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
36	3-825	50	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
37	6-002	44	Applikation von Medikamenten, Liste 2
38	1-444	43	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
39	3-203	36	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
40	3-705	33	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems
41	3-753	29	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers
42	3-205	28	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
43	6-003	28	Applikation von Medikamenten, Liste 3
44	3-207	25	Native Computertomographie des Abdomens
45	3-75x	25	Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)
46	5-452	25	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
47	8-810	22	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
48	3-200	21	Native Computertomographie des Schädels
49	6-009	21	Applikation von Medikamenten, Liste 9
50	5-469	20	Andere Operationen am Darm
51	3-754	19	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes und des Kopfes
52	1-502	18	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
53	8-900	16	Intravenöse Anästhesie
54	8-987	16	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
55	3-052	15	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
56	3-220	15	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
57	1-612	14	Diagnostische Rhinoskopie
58	3-206	14	Native Computertomographie des Beckens
59	3-607	14	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
60	3-05x	13	Andere Endosonographie
61	3-100	13	Mammographie
62	3-605	12	Arteriographie der Gefäße des Beckens
63	3-752	12	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes
64	6-00a	12	Applikation von Medikamenten, Liste 10
65	8-800	12	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
66	3-809	11	Native Magnetresonanztomographie des Thorax
67	8-158	11	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
68	8-543	10	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
69	8-563	10	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
70	1-610	9	Diagnostische Laryngoskopie
71	1-844	9	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
72	3-821	9	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
73	3-137	8	Ösophagographie
74	3-604	8	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
75	1-537	7	Biopsie am Naseninnenraum durch Inzision
76	1-620	7	Diagnostische Tracheobronchoskopie
77	3-223	7	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
78	3-603	7	Arteriographie der thorakalen Gefäße
79	3-824	7	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel
80	6-006	7	Applikation von Medikamenten, Liste 6
81	8-854	7	Hämodialyse
82	3-226	6	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
83	3-606	6	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten
84	1-313	5	Ösophagusmanometrie
85	3-804	5	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
86	3-828	5	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
87	8-100	5	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
88	1-242	4	Audiometrie
89	1-490	4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut
90	1-652	4	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

116b Ambulanz	
Ambulanzart	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
Kommentar	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche) (LK17)

Diagnostische und therapeutische Vor- und Nachbegleitung stationärer Aufenthalte	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Früherkennung rheumatischer Systemerkrankungen Beratung bei Behandlungen entzündlicher und nicht entzündlicher rheumatischer Gelenk-, Bindegewebs- und Wirbelsäulenerkrankungen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Privatambulanz Chefarzt Prof. Dr. med. Jürgen Braun	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Physikalische Therapie	
Ambulanzart	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) (AM16)
Kommentar	Telefon: 02325 592-600 Montag bis Donnertag 08:00 - 16:30 Uhr Freitag 08:00 - 15:00 Uhr Vereinbarung von Terminen zur ambulanten Physiotherapie nur nach kassen- oder privatärztlicher Verordnung

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: 35,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,07	
Ambulant	6,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 271,31

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,41	
Ambulant	2,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 635,54

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	PD Dr. med. Xenofon Baraliakos/Oberarzt des Rheumazentrums Ruhrgebiet Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ42	Neurologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	Dr. med. Bernhard Mintrop/Oberarzt des Rheumazentrums Ruhrgebiet Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Geriatric Dr. med. Björn Bühring/Oberarzt des Rheumazentrums Ruhrgebiet Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Geriatric
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Dr. medic. Ioana Andreica/Oberärztin des Rheumazentrums Ruhrgebiet Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, Schmerzmedizin
ZF44	Sportmedizin	

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: 32,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,65	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 249,19

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1.650

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,66	
Ambulant	1,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1393,4629

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2.767,37

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,04	
Ambulant	7,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 980,97

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

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)	<= 5	<= 5	
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.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
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)	9	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,88$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog 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) entstanden ist: 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	7.831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7831,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,11 - 94,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,94 - 96,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen 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)	0,30 - 0,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen 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	7.831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7831,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,05%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

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

C-1.2.[1] C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

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

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 3. Grades/der Kategorie 3 erwarben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	7.831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7831,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,05%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	-

C-1.2.[1] C.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog 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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

- C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**
- C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung**
- C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden**
- C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen**
- C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**
- C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden**
- C-5.2.6 Übergangsregelung**
- 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	18
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	12
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	12

- 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 101.000 stationären Patienten jährlich ist die St. Elisabeth Gruppe für über 5.600 Mitarbeiter ein attraktiver Arbeitgeber, der langfristig Mitarbeiter binden möchte. Insbesondere für Ärzte und Pflegende bietet sie alle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

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

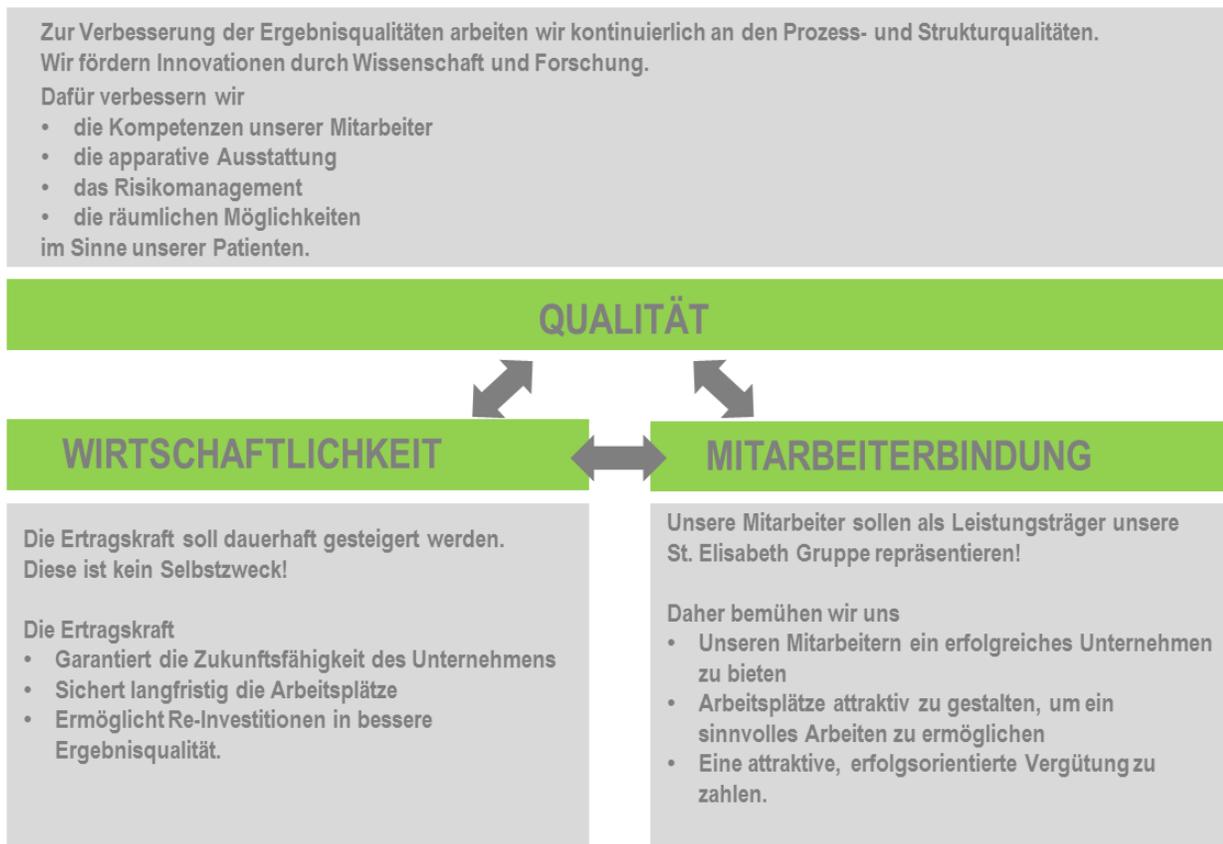
Krankenhäuser mit maximaler Versorgung:	St. Anna Hospital Herne Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum Marien Hospital Witten
Fachkliniken:	Rheumazentrum Ruhrgebiet St. Marien Hospital Eickel
Weitere Einrichtungen:	Medizinische Reha Eickel für psychische Gesundheit Ambulante 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 Pflugeschule

- 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 gleichwertige 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	<p>Das „Herzstück“ unserer Qualität: Kontinuierliche Anpassung der medizinischen und pflegerischen Behandlung an den Stand der Wissenschaft und Forschung.</p> <ul style="list-style-type: none"> # 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.
Patientensicherheit	<p>Im Fokus: Verbesserung der Sicherheit von Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> # 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.
Patientenzufriedenheit	<p>Die Zufriedenheit unserer Patienten, die wir kontinuierlich über Rückmeldebögen und in regelmäßigen Abständen über Patientenbefragungen erheben, ist weit überdurchschnittlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> # 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.

Qualitätsmanagement

- 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

Mitarbeiterorientierung

- Unser Ziel „die Arbeitsplatzkultur ist weit überdurchschnittlich“.
- # Das Intranet dient für alle Mitarbeiter der St. Elisabeth Gruppe als Kommunikationsplattform 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

Mitarbeiterqualifikation

- 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

Die St. Elisabeth Gruppe bietet ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen. Wo sinn-

Angebote	voll 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 optimale 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 (siehe Teil D 5).

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 (RL über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser :Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015. 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 Pflegedienstleitung und der Abteilungsleitungen sowie aller Mitarbeiter.

Alle grundsätzlichen Entscheidungen zum Aufbau des Qualitätsmanagements werden von der Geschäftsführung getroffen. Auf der Abteilungsebene sind die Chefarzte 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

Alle drei Jahre erfolgt eine Patientenbefragung durch ein externes unabhängiges Institut. Kontinuierlich erfassen wir die Patientenzufriedenheit über einen internen Erfassungsbogen.

Die Patienten unserer Onkologischen Krebszentren 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, wöchentlich 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 krebserkrankten 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 potentiellm 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 Börnig 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 ist geplant.

2. **Patientendatenmanagementsystem auf den Intensivstationen**

Die Erfassung der umfangreichen medizinischen Daten, die auf einer Intensivstation erfasst und bearbeitet werden müssen, steht den Mitarbeitern des Marien Hospital Herne eine volldigitale Lösung zur Verfügung. Eine Ausweitung auf die Intensivstationen der beiden anderen Akutkrankenhäuser ist projektiert.

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 wird etabliert, die die Präsenzs Schulungen vor Ort ergänzen und teilweise ersetzen können. Das Angebot an Inhalten konnte deutlich erweitert werden.

Rheumazentrum Ruhrgebiet

5. Nachweis hoher Behandlungsqualität durch erneute Teilnahme am Outcome-Benchmark (KOBRA)

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 2019 wurden nahezu allen Zertifizierungen weiterverfolgt. Zusätzlich wurde die onkologische Expertise erweitert und das Uroonkologische Zentrum im Marien Hospital Herne zertifiziert; damit konnte das seit 2009 bestehende Prostatakrebszentrum um die Zertifizierung der Module für Niere und Blase erweitert werden.

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: 2020, Zertifiziert durch: DIOcert

Zentralsterilisation der St. Elisabeth Gruppe - Katholische Kliniken Rhein-Ruhr

Standort Herne-Börnig, Widumer Straße

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

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: 2020, 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 EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Erstzertifizierung: 2017, Gültig bis: 2020, Zertifiziert durch: TÜV Rheinland Cert GmbH

(vorher Gütesiegelverbund Weiterbildung e. V.)

Arztpraxen MVZ

MVZ Herne Ärzte

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

MVZ Wanne Ärzte

- Onkologische Praxis am Ruschenhof

MVZ Ärzte Witten

- Onkologische Praxis, Witten
- Gynäkologische Praxis Herdecke

Erstzertifizierung: 2017, Gültig bis: 2020, 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.

Externe Bewertungen Rheumazentrum Ruhrgebiet

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.

Rheumazentrum Ruhrgebiet

Leitung: Prof. Dr. med. Jürgen Braun

Das Rheumazentrum Ruhrgebiet wurde im Dezember 2014 mit dem Gütesiegel des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) vom BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit ausgezeichnet.

Erstzertifizierung: 2014, Gültig bis: 2020, Zertifiziert durch: BQS-Institut