



Strukturierter Qualitätsbericht St. Marien Hospital Eickel

Berichtsjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

1		
-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	22
A-13	Besondere apparative Ausstattung	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V37	
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	39
B-1	Allgemeine Psychiatrie.....	39
C	Qualitätssicherung	52
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	52
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	52
C-3 V	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB 52	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	52
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	52
C-6 V	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB 52	

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	52
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	53
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	53
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	53
D	Qualitätsmanagement	54
D-1	Qualitätspolitik	54
D-2	Qualitätsziele	55
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	57
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	58
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	60
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	62

- Einleitung

Qualitätsbericht 2023 St. Marien Hospital Eickel

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Gesamtleitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Cordula Schütze
Telefon	02325/65222-217
Fax	02325/65222-899
E-Mail	gm@elisabethgruppe.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe GmbH
Titel, Vorname, Name	Dr. jur. Sabine Edlinger
Telefon	02325/986-2610
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de

Angaben zur Ärztlichen Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Leitende Oberärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Cornelia Bombosch
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	cornelia.bombosch@elisabethgruppe.de

Pflegedienstleitung**Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Funktion	Gesamtpflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Marion Schmitz
Telefon	02325/986-2370
E-Mail	Marion.Schmitz1@elisabethgruppe.de

Angaben zur Pflegedienstleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Pflegerische Leitung
Titel, Vorname, Name	Manuela Dörr
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	Manuela.Doerr@elisabethgruppe.de

Verwaltungsleitung**Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Funktion	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe
Titel, Vorname, Name	Dr. jur. Sabine Edlinger
Telefon	02325/986-2610
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de

Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe
Titel, Vorname, Name	Simone Lauer
Telefon	02325/986-2610
Fax	02325/986-2649
E-Mail	geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de

Angaben zur Verwaltungsleitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Funktion	Kaufmännischer Leiter
Titel, Vorname, Name	Daniel Matosin
Telefon	02325/986-2610
Fax	02325/986-2649
E-Mail	daniel.matosin@elisabethgruppe.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Ruhr-Universität Bochum

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen****Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

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

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physiotherapie und Ergotherapie.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physiotherapie und Ergotherapie.
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	212

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	2.267
Teilstationäre Fallzahl	884
Ambulante Fallzahl	52.060
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

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: 16,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,59	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,72	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,51	
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: 86,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,51	
Ambulant	0,71	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	86,22	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 35,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,12	
Nicht Direkt	0	

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

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	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,74	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 7,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,49	
Ambulant	0,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,12	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,83	
Ambulant	1,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,98	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik**A-11.3.1 Therapeutisches Personal****Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 6,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 7,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,4	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 10,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,5	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,68	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 11,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,4	
Ambulant	3,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,62	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 6,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,75	
Nicht Direkt	0	

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,24	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,74	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,94	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 6,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 7,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,4	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 9,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,59	
Ambulant	3,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,27	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 2,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,35	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,51	
Nicht Direkt	0	

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

Angaben zur verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Pflegerische Leitung
Titel, Vorname, Name	Frau Manuela Dörr
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	manuela.doerr@elisabethgruppe.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

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

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.	
Funktion	Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name	Herr Sebastian Schulz
Telefon	02325/986-2610
E-Mail	sebastian.schulz@elisabethgruppe.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Die Risikokonferenz setzt sich aus der Geschäftsleitung, dem Risikobeauftragten der St. Elisabeth Gruppe, den klinischen Risikomanagern, der Pflegedienstleitung der Ärztlichen Direktion, der Leitung Qualitäts- und Risikomanagement sowie den Qualitätsmanagern zusammen.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

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: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	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: - Reanimationsschulungen - Brandschutzunterweisungen - Hygieneschulungen Dazu kommen anlassbezogen weitere Schulungen, z.B. zu den Themen Fixierung, Sturz u.Ä..
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Mitarbeiterbefragungen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	Das klinische Notfallmanagement ist beschrieben und wird in jährlichen, verbindlichen Unterweisungen trainiert.
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzbehandlung Datum: 27.08.2024	Erfolgt individuell für jeden Patienten als Teil der Therapie.
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	In das bestehende Sturzkzept fließen die Evaluationsergebnisse der Sturzerfassung ein.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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: 27.08.2024	Das Dekubitusrisiko wird regelhaft in der Pflegeanamnese erfasst, bewertet und ggf. Prophylaxemaßnahmen ergriffen. Die Analyse der Dekubiti dient der Überprüfung und Verbesserung dieses Konzeptes.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	Das Konzept zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen wird bei Bedarf geschult. Regelmäßige unangemeldete Überprüfung durch eine Kommission des Regierungspräsidiums Arnsberg.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	Es existieren interne Vorgaben, nach extern erfolgt bei Problemen die Meldung an das BfArM.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Regelmäßige Patientenbezogene Konferenzen mit interdisziplinärer Besetzung (Psychiater, Psychologen, Pflege, Sozialarbeiter und weiteres therapeutisches Personal)	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Standardisierte Aufklärungsbögen werden verwendet.
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 27.08.2024	Das Entlassmanagement ist integraler Bestandteil der Therapie.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	27.08.2024
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 (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)	
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 Krankenhaustygienikern	3	Beratender KH-Hygieniker: Prof. Dr. med. Walter Popp, HyKoMed GmbH Dortmund Ärztliche Mitarbeiterin: Dr. med. vet. Nina Parohl, HyKoMed GmbH Dortmund Interner Krankenhaushygieniker in Weiterbildung: Jan-Peter Röing genannt Nölke
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	11	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
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 Wundauflage	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	7,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

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

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

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

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

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

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsleitung
Titel, Vorname, Name	Sebastian Schulz
Telefon	02325/986-2610
Fax	02325/986-2649
E-Mail	sebastian.schulz@elisabethgruppe.de

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Beauftragte Begleiter der Delegiertenkonferenz
Titel, Vorname, Name	Marion Kukuk
Telefon	02325/374-5300
E-Mail	delegierte-mhe@web.de

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Beauftragter Begleiter der Delegiertenkonferenz
Titel, Vorname, Name	Mirco Szymyslik
Telefon	02325/374-0
E-Mail	delegierte-mhe@web.de

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

Patientenführsprecherinnen oder Patientenführsprecher

Angaben zur Patientenführsprecherin/zum Patientenführsprecher zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Patientenführsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Wolfgang Steble
Telefon	02323/2294722-
E-Mail	info@marienhospital-eickel.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern**Kommentar****A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe**

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

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	8
Weiteres pharmazeutisches Personal	9

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, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation 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 und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

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

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: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Letzte Aktualisierung: 27.08.2024	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Barcodegestützte Erstellung eines Medikationsplans
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls 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: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Letzte Aktualisierung: 27.08.2024	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt 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
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		Nutzung des Arzneimittelinformationssystems ID Diacos Pharma
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		Softwarebasierte Dokumentation des Verabreichens von Arzneimitteln
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja
Kommentar	Mit einem Schutzkonzept hat sich die St. Elisabeth Gruppe einen Rahmen zum Verhalten im Zusammenhang mit jeglichen Formen der Grenzverletzungen und Gewalt gesetzt. Ein entsprechender Verhaltenskodex wurde erstellt und präventive Aspekte festgelegt. Präventionsfachkräfte wurden ausgebildet und stehen bei Bedarf als Lotse zur Verfügung. Über das Konzept, Meldewege und das Verfahren wird informiert und sensibilisiert.

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Nein
---	------

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben Allgemeine Psychiatrie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis
Telefon	02325/374-0
Fax	02325/374-1019
E-Mail	peter.nyhuis@elisabethgruppe.de
Straße/Nr	Marienstraße 2
PLZ/Ort	44651 Herne
Homepage	http://www.marienhospital-eickel.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Psychiatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Psychiatrie	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP00	Suchtambulanz	

B-1.5 Fallzahlen Allgemeine Psychiatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2267
Teilstationäre Fallzahl	884

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

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	903	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	255	Depressive Episode
3	F10	244	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
4	F20	163	Schizophrenie
5	F31	98	Bipolare affektive Störung
6	F25	84	Schizoaffektive Störungen
7	F05	73	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
8	F19	51	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	F06	50	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
10	F11	46	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
11	F12	39	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
12	F60	36	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
13	F43	26	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
14	F41	20	Andere Angststörungen
15	G30	19	Alzheimer-Krankheit
16	F01	17	Vaskuläre Demenz
17	F22	16	Anhaltende wahnhafte Störungen
18	F07	12	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
19	F15	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
20	F42	12	Zwangsstörung
21	F03	11	Nicht näher bezeichnete Demenz
22	F14	11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
23	F23	11	Akute vorübergehende psychotische Störungen
24	F40	9	Phobische Störungen
25	F71	7	Mittelgradige Intelligenzminderung
26	F13	6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
27	F50	6	Essstörungen
28	F70	6	Leichte Intelligenzminderung
29	F45	5	Somatoforme Störungen
30	F04	<= 5	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
31	F16	<= 5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
32	F28	<= 5	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
33	F30	<= 5	Manische Episode
34	F34	<= 5	Anhaltende affektive Störungen
35	F44	<= 5	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
36	F53	<= 5	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
37	F61	<= 5	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
38	F63	<= 5	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
39	F68	<= 5	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
40	F84	<= 5	Tief greifende Entwicklungsstörungen
41	F90	<= 5	Hyperkinetische Störungen

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)
Chefarztsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

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

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,59	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 136,65

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 266,39

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 86,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,51	
Ambulant	0,71	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	86,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 26,51

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 35,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 64,55

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 755,67

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

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: 795,44

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,74	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 292,89

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,49	
Ambulant	0,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 349,31

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,83	
Ambulant	1,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 469,36

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ13	Hygienefachkraft	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	

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

Anzahl Vollkräfte: 6,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 337,35

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 7,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 306,35

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

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 566,75

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 10,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 215,90

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 616,03

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 11,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,4	
Ambulant	3,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 269,88

C Qualitätssicherung

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

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 Mm-R im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	14
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	2
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG****C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG****C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierten Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein
---	------

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 106.000 stationären und 168.000 ambulanten Patienten jährlich ist die St. Elisabeth Gruppe für über 7477 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
 MVZ Witten Ärzte Marienplatz 2
 MVZ Herdecke Ärzte Sally- Grünewald-Straße
 MVZ Gladbeck Ärzte Friedrich-Ebert-Str.
 Lukas Hospiz Herne
 St. Elisabeth Hospiz Witten
 Bildungszentrum Ruhr
 Bildungswerk e.V.
 Campus der St. Elisabeth Gruppe
 Pflegeschule
 Schule für Berufe im Operationsdienst
 Akademie für Physiotherapie

Akademie der Ergotherapie
 Akademie der Logopädie
 Hebammenschule
 Kinder in der St. Elisabeth Gruppe (Kindertagesstätte)
 Senioreneinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe
 Senioreneinrichtungen Widumer Höfe
 St. Elisabeth Stift Herne
 Gästehaus St. Elisabeth Herne

Alle diese unterschiedlichen Einrichtungen folgen einer gemeinsamen Qualitätspolitik. Die St. Elisabeth Gruppe richtet sich in ihrem Handeln nach dem Strategischen Dreiklang. Dessen drei Komponenten: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterbindung sind die Basis für die bestmögliche Patientenbehandlung. Erst eine gleichrangige Berücksichtigung aller drei Aspekte ermöglicht es uns, für die Patienten die optimale Behandlung anzubieten. Denn in Qualität können wir nur dann investieren, wenn uns dafür die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen. Die verfügbaren Mittel, die nur durch wirtschaftliches Handeln generiert werden können, investieren wir in die Qualifikation der Mitarbeiter und die Ausstattung der Häuser, wovon wiederum die Patienten profitieren

D-2 Qualitätsziele

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

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

Zielschwerpunkte der St. Elisabeth Gruppe

Qualität	
Optimierung der Behandlung	Das „Herzstück“ unserer Qualität: Kontinuierliche Anpassung der medizinischen und pflegerischen Behandlung an den Stand der Wissenschaft und Forschung. # Die onkologische Kompetenz der St. Elisabeth Gruppe wird kontinuierlich ausgebaut. # Die Chemotherapiebehandlung erfolgt in allen Bereichen der St. Elisabeth Gruppe auf einem einheitlich hohen wissenschaftlichen und klinischen Niveau. # Ein immer aktuelles Antibiotikaregime kommt den Patienten zugute. # Kinästhetik ist als pflegerische Haltung in allen Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe etabliert. # Ein Schmerzkonzept für alle Patientengruppen ist umgesetzt. # Demenzbegleiterinnen unterstützen (interkulturell) die Pflege von Demenzerkrankten.
Patientensicherheit	Im Fokus: Verbesserung der Sicherheit von Patienten # Fehler werden erfasst und zu Verbesserungen genutzt (CIRS). # Risikomanagement als Vorbeugemaßnahme ist etabliert. # Informationen über Patienten liegen EDV basiert vor und sind in allen Behandlungsbereichen verfügbar. # Hygieneanforderungen werden umfassend umgesetzt.

- # Hygienische Anforderungen werden bereits bei der Bauplanung berücksichtigt.
- # Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinie (QM-RL) werden im Klinikalltag gelebt.
- # Das Labor der St. Elisabeth Gruppe analysiert sicher und zuverlässig, auf dem aktuellen Stand der Technik und in enger Kooperation mit den Einsendern.

Patienten- zufriedenheit

- Die Zufriedenheit unserer Patienten, die wir kontinuierlich über Rückmeldebögen und in regelmäßigen Abständen über Patientenbefragungen erheben, ist weit überdurchschnittlich.
- # Baumaßnahmen und eine Ausstattung der Räumlichkeiten auf hohem Niveau steigern die Attraktivität der St. Elisabeth Gruppe für Patienten.
 - # Patienten sind durch eine aktuelle Homepage, Präsenz in der Sozialen Medien (Facebook, Instagram), die Ausgabe von Informationsbroschüren sowie durch Patientenveranstaltungen und Flyer gut informiert.
 - # Beschwerden von Patienten werden erfasst und zur Verbesserung von Abläufen genutzt.
 - # Entlassungsmanagement als gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Pflege- und Sozialberatung ist eingeführt und ermöglicht eine optimale Versorgung von Patienten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.
 - # Die Einbeziehung von Angehörigen ist Anspruch aller Berufsgruppen.

Qualitäts- management

- Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der St. Elisabeth Gruppe entwickeln sich kontinuierlich weiter.
- # Die Messbarkeit von Ergebnisqualität wird vorangetrieben.
 - # Unterjährige Analysen von Qualitätskennzahlen zur Qualitätsverbesserung sind etabliert.
 - # Alle zertifizierten Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe erfüllen die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015.
 - # Zusätzliche Zertifizierungen von Fachgesellschaften dokumentieren die Qualität medizinischer Schwerpunkte wo sinnvoll und notwendig.

Mitarbeiterbindung

Mitarbeiter- orientierung

- Unser Ziel „die Arbeitsplatzkultur ist weit überdurchschnittlich“.
- # Das Intranet dient für alle Mitarbeiter der St. Elisabeth Gruppe als Informationsplattform und als Qualitätsmanagement-Handbuch.
 - # Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird über bedarfsgerechte Arbeitszeitmodelle sowie einen Betriebskindergarten mit flexiblen und langen Öffnungszeiten ermöglicht.
 - # Eine gute Arbeitsplatzkultur wird durch Angebote im Bereich Freizeit und Sport unterstützt.
 - # Die Mitarbeitergesundheit wird durch umfassende Arbeitsschutzmaßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt

Mitarbeiter-

- Die Qualifikation unserer Mitarbeiter als Voraussetzung für eine hohe Qualität der

qualifikation	Patientenversorgung wird kontinuierlich weiterentwickelt. # Die Ausbildungsquote der St Elisabeth Gruppe ist überdurchschnittlich. # Führungskräfte der St. Elisabeth Gruppe sind kompetent und gut ausgebildet. # Gut ausgebildeter Nachwuchs wird durch eine eigene Krankenpflegeschule und Akademie auf dem Campus der St. Elisabeth Gruppe sichergestellt. # Ein Einarbeitungskonzept bereitet neue Mitarbeiter optimal auf ihre Tätigkeit in der St. Elisabeth Gruppe vor. # Eine E-Learning Plattform ermöglicht allen Mitarbeiter ein breit gefächertes Weiterbildungsangebot.
----------------------	--

Wirtschaftlichkeit	
Medizinische Angebote	Die St. Elisabeth Gruppe bietet ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen. Wo sinnvoll und möglich werden # medizinische Angebote ausgebaut, # die Effizienz der Behandlung gesteigert, # neue Patienten angesprochen und # das ambulante Angebot ausgeweitet.
Organisation	Aktivitäten der Verwaltung im Hintergrund sind effizient und sicher. # Datensicherheit ist gewährleistet. # Die EDV der Elisabeth Gruppe arbeitet zuverlässig und sicher. # Die Umstellung auf IT gestützte Datenerfassung und -dokumentation wird vorangetrieben. # Baumaßnahmen werden zeitgerecht umgesetzt. # Die wirtschaftliche Verwendung von Geldern wird durch ständig verbesserte Beschaffungsprozesse garantiert. # Schmale, flexible und bedarfsgerechte Verwaltungsstrukturen und Abläufe unterstützen die Wirtschaftlichkeit der Gruppe.

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

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

Zertifizierungsbasis

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

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

Organisation Qualitätsmanagement

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

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

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

Interdisziplinäre Qualitätsmanagement Teams der Einrichtungen

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Intranet/QM-Handbuch

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

QM-Team

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

Qualitätszirkel bzw. Arbeitskreise

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

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

Systematische Auswertung der Patientenbeschwerden

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

Patientenbefragungen

Kontinuierlich erfassen wir die Patientenzufriedenheit über einen internen Erfassungsbogen.

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

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

Einweiserbefragungen in Teilbereichen

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

Auswertung statistischer Daten durch das Controlling

Alle Rahmendaten wie Fallzahlen, Verweildauern, Fallschwere, Diagnosen und Prozeduren werden kontinuierlich erhoben, 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 beispielsweise 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

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.

Risiken kennen und vorbeugen

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

Unterstützung von krebskranken Patienten

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

Führungskräfte sind kompetent

Eine intensive Schulung der Führungskräfte der St. Elisabeth Gruppe im Rahmen des modularisierten Führungskräftetrainingsprogramm 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.

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.

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.

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).

Praktikantenmanagement

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

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

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistent
- Altenpfleger/in
- Operationstechnischen Assistenz
- Anästhesie-technische Assistenz
- staatlich anerkannten Physiotherapeuten/in
- staatlich anerkannter Ergotherapeut/in
- staatlich anerkannten Logopäden/Logopädin
- Hebamme
- Medizinischen Technologen für Radiologie

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.

• Medizinische Versorgungszentren der St. Elisabeth Gruppe

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

• Patientendatenmanagementsystem auf den Intensivstationen

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

• 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.

• Ausweitung E-Learning

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

• Projekt gegen Lebensmittelverschwendung

In den Cafeterien der St. Elisabeth Gruppe wurde die Rescue Quality Box (kurz: ResQBox) eingeführt. Gegen fünf Euro Pfand können Mitarbeiter und Gäste die Box erwerben, die sie sich ab 14 Uhr gegen einen reduzierten Preis mit den übrig gebliebenen Gerichten in der Cafeteria füllen lassen können. Dies ist

bereits das zweite Projekt in diesem Bereich. Bereits seit 2018 kooperiert das Küchenteam der St. Elisabeth Gruppe mit der Initiative „United Against Waste“, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Verschwendung von Lebensmitteln in verarbeitenden Bereichen zu reduzieren.

- **Virtuelle Sprechstunde der Chirurgischen Klinik**

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

- **Virtuelle Betroffenen-Veranstaltungen**

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

Marien Hospital Eickel

- **Weiterentwicklung der offenen Psychiatrie**
Verzicht auf geschlossene Stationen, auch in der Versorgung eigen- und fremdgefährdender Patienten.
- **Gewaltreduktion in der Klinik**
Minimierung von Fixierungen und Zwangsmedikationen, aber auch von fremdaggressiven Übergriffen von Patienten.
- **Akut-Tagesklinik**
Tagesklinische Versorgung ohne Wartezeiten
- **Substitutionsambulanz für opiatabhängige Patienten aus Herne und überregional**
Erfassung und Behandlung von psychischen Komorbiditäten
- **Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke für psychiatrische Lehre der Medizinstudenten**

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

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

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

Im Jahr 2023 wurden alle Zertifizierungen weiterverfolgt.

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: 2024, 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: 2026, Zertifiziert durch: TÜV Hessen

ZSVA

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 zertifiziert.

Erstzertifizierung: 2004, Gültig bis: 2026, Zertifiziert durch: TÜV

Bildungseinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe am Campus

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

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

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

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

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

Erstzertifizierung: 2011, Gültig bis: 2026, 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.

Arztpraxen MVZ

MVZ Herne Ärzte Hölkeskampring

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
- Hausärztliche Versorgung, Innere Medizin am Standort Widumer Höfe

MVZ Wanne Ärzte am Ruschenhof

- Onkologische Praxis am Ruschenhof
- Rheumatologie am Standort Claudiusstraße

MVZ Witten Ärzte Marienplatz

- Onkologische Praxis, Witten
- Gynäkologische Praxis Herdecke

Erstzertifizierung: 2017, Gültig bis: 2026, Zertifiziert durch: ClarCert

Externe Bewertungen Medizinische Reha Eickel

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

Medizinische Rehabilitationseinrichtung für psychische Gesundheit

Leitung: Chefarzt Dr. med. Peter Wilhelm Nyhuis / Dr. med. Bettina Jung

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

Erstzertifizierung: 2012, Gültig bis: 2024, Zertifiziert durch: TÜV Hessen