



## Strukturierter Qualitätsbericht Rheumazentrum Ruhrgebiet

Berichtsjahr 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>		
-	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>5</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	6
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 .....	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 37	
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>38</b>
B-1	Rheumatologie .....	38
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>52</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	52
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	52
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	55
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	58
C-3 V	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB 58	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	58

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	58
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 58	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	58
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	59
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).....	59
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	59
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>60</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	60
D-2	Qualitätsziele .....	62
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	65
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	66
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	68
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	72

## - Einleitung

Rheumazentrum Ruhrgebiet Qualitätsbericht 2022

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	Referentin Controlling
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Katrin Gayk
<b>Telefon</b>	02325/65222-206
<b>Fax</b>	02325/65222-899
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:katrin.gayk@elisabethgruppe.de">katrin.gayk@elisabethgruppe.de</a>

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe GmbH
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. Sabine Edlinger
<b>Telefon</b>	02325/986-2610
<b>Fax</b>	02325/986-2649
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de">geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de</a>

### Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Link	Beschreibung
<a href="https://www.elisabethgruppe.de/">https://www.elisabethgruppe.de/</a>	Homepage der St. Elisabeth Gruppe GmbH - Katholische Kliniken Rhein-Ruhr

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Rheumazentrum Ruhrgebiet
Hausanschrift	Claudiusstr. 45 44649 Herne
Zentrales Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info@elisabethgruppe.de">info@elisabethgruppe.de</a>
Postanschrift	Claudiusstr. 45 44649 Herne
Institutionskennzeichen	260590516
Standortnummer aus dem Standortregister	772435000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de">http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Xenofon Baraliakos
Telefon	02325/592-0
Fax	02325/592-125
E-Mail	<a href="mailto:verwaltung@rheumazentrum-ruhrgebiet.de">verwaltung@rheumazentrum-ruhrgebiet.de</a>

**Pflegedienstleitung**

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
<b>Funktion</b>	Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Marion Schmitz
<b>Telefon</b>	02325/986-2380
<b>Fax</b>	02325/986-2369
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Marion.Schmitz1@elisabethgruppe.de">Marion.Schmitz1@elisabethgruppe.de</a>

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
<b>Funktion</b>	Pflegerische Leitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Fabian Bernhard
<b>Telefon</b>	02323/499-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:fabian.bernhard@elisabethgruppe.de">fabian.bernhard@elisabethgruppe.de</a>

**Verwaltungsleitung**

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. Sabine Edlinger
<b>Telefon</b>	02325/986-2610
<b>Fax</b>	02325/986-2649
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de">geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de</a>

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Geschäftsführerin St. Elisabeth Gruppe
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Simone Lauer
<b>Telefon</b>	02325/986-2610
<b>Fax</b>	02325/986-2649
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de">geschaeftsfuehrung@elisabethgruppe.de</a>

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Kaufmännischer Leiter (seit 01/2023)
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Sebastian Schulz
<b>Telefon</b>	02325/986-2610
<b>Fax</b>	02325/986-2649
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sebastian.schulz@elisabethgruppe.de">sebastian.schulz@elisabethgruppe.de</a>

**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Krankenhausträger	
<b>Name</b>	St. Elisabeth Gruppe Katholische Kliniken Rhein-Ruhr GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

**A-3            Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Krankenhausart	
Krankenhausart	Universitätsklinikum

**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/Psychozialdienst	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	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
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	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	

#### 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	<a href="http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/patienteninfos/selbsthilfegruppen/kontaktadressen-auf-ortlicher-ebene.html">http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/patienteninfos/selbsthilfegruppen/kontaktadressen-auf-ortlicher-ebene.html</a>	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Tresor, WLAN und Fernseher kostenfrei auf dem Patientenzimmer

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

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Mitarbeiter/in Beratung und Entlassung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Ingrid Haus
<b>Telefon</b>	02323/499-5794
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Ingrid.Haus@elisabethgruppe.de">Ingrid.Haus@elisabethgruppe.de</a>

**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 Sanitäranlagen	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Arabisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Türkisch, Ukrainisch, Ungarisch

## 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 und Prof. Dr. Baraliakos an der Ruhr-Universität Bochum
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
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	<a href="http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/fortbildung-undwissenschaft.html">http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/fortbildung-undwissenschaft.html</a>
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. <a href="http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html">http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html</a>
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die St. Elisabeth Gruppe verfügt über eine gruppeneigene Akademie der Physio- und Ergotherapie. <a href="http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html">http://www.elisabethgruppe.de/krankenpflegeschule-akademie-der-physio-und-ergotherapie.html</a>
HB09	Logopädin und Logopäde	

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	148

**A-10 Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	5.841
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	52.950
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: 32,95

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,55	
Ambulant	9,4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,95	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 17,06

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,87	
Ambulant	6,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,06	
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: 39,61

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,34	
Ambulant	2,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	39,61	
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0,87

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,87	
Nicht Direkt	0	

### **Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 8,47

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,67	
Ambulant	1,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,47	
Nicht Direkt	0	

### **Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 7,94

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,94	
Nicht Direkt	0	

### **Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 6,52

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,52	
Nicht Direkt	0	

### **Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2,81

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	
Ambulant	1,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

### **Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 12,54

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,49	
Ambulant	8,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,54	
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: 2,56

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,56	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 5,56

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,56	
Nicht Direkt	0	

### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 12,65

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,65	
Nicht Direkt	0	

**SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe**

Anzahl Vollkräfte: 1,49

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,49	
Nicht Direkt	0	

**SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Anzahl Vollkräfte: 0,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 0,19

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

**SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)**

Anzahl Vollkräfte: 0,08

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

### **SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 0,33

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,33	
Nicht Direkt	0	

### **SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge**

Anzahl Vollkräfte: 0,42

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

### **SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 0,06

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,06	
Nicht Direkt	0	

**A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

**A-12.1 Qualitätsmanagement**

**A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Verantwortliche Person des einrichtungswen Qualitätsmanagements	
<b>Funktion</b>	Zentrales Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Milena Salis
<b>Telefon</b>	02325/986-2313
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:milena.salis@elisabethgruppe.de">milena.salis@elisabethgruppe.de</a>

**A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Lenkungsgremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Die Abteilung Qualitätsmanagement der St. Elisabeth Gruppe ist zentral organisiert. Das Lenkungsgremium besteht aus der Geschäftsleitung, der Pflegedienstleitung der Ärztlichen Direktion, der Abteilungsleitung Qualitäts- und Risikomanagement sowie den Qualitätsmanagern des Hauses.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

**A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Angaben zur Person	
<b>Angaben zur Person</b>	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
<b>Funktion</b>	Geschäftsleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Sebastian Schulz
<b>Telefon</b>	02325/986-2615
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sebastian.schulz@elisabethgruppe.de">sebastian.schulz@elisabethgruppe.de</a>

#### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	Die Risikokonferenz setzt sich aus der Geschäftsleitung, dem Ärztlichen Direktor der Pflegedienstleitung, dem Risikobeauftragten der St. Elisabeth Gruppe, den klinischen Risikomanagern, der Leitung Qualitäts- und Risikomanagement sowie den Qualitätsmanagern des Hauses zusammen.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	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: 04.09.2023	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: 04.09.2023	Das klinische Notfallmanagement ist beschrieben und wird in jährlichen, verbindlichen Unterweisungen trainiert.
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 04.09.2023	Es bestehen Schmerzkonzepte für alle Patienten des Krankenhauses.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Datum: 04.09.2023	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: 04.09.2023	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: 04.09.2023	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: 04.09.2023	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	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel	Die aufgeführten Fallbesprechungen finden regelmäßig statt.
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: 04.09.2023	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	04.09.2023
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*

<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	
<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	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
Krankenhaushygienikerinnen 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	11	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
<b>Funktion</b>	Oberärztin (Hygienebeauftragte)
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Ute Häusler
<b>Telefon</b>	02325/592-0
<b>Fax</b>	02325/592-125
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Ute.Haeusler@elisabethgruppe.de">Ute.Haeusler@elisabethgruppe.de</a>

### 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

Standortsspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
<b>Die Leitlinie liegt vor</b>	Nein

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
<b>Der Standard liegt vor</b>	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 *Händedesinfektion*

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	17,00 ml/Patiententag
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	Ja

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

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

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b>	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
<b>Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren</b>	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		
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Start ab 2016
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS	Pausiert in 2020, wird analog berechnet
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: <a href="http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/wir/qualitaet/hygiene.html">http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/home/wir/qualitaet/hygiene.html</a>	
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 3 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 Patientenfürsprecher.

### 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	<a href="mailto:sarah.heintze@elisabethgruppe.de">sarah.heintze@elisabethgruppe.de</a>

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	<a href="https://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/untermenuue/wir/qualitaetsmanagement/lob-beschwerden.html">https://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de/untermenuue/wir/qualitaetsmanagement/lob-beschwerden.html</a>
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	
<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecher
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Pfarrer Thomas Horsch
<b>Telefon</b>	02325/323-18
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:pv-wanne@erzbistum-paderborn.de">pv-wanne@erzbistum-paderborn.de</a>

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
<b>Kommentar</b>	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	
<b>Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?</b>	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	
<b>Angaben zur Person</b>	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS	
<b>Funktion</b>	Apothekenleiter
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. Frank Seifert
<b>Telefon</b>	02325/592-801
<b>Fax</b>	02325/592-888
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:frank.seifert@elisabethgruppe.de">frank.seifert@elisabethgruppe.de</a>

**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 u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden 2 mal jährlich statt
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet der Gruppe Letzte Aktualisierung: 04.09.2023	
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"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul>	
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: 04.09.2023	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
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
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"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)</li> </ul>	
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"> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>	

#### A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

### 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	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	Elektroenzephalographie gerät (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

**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 Abschlüsse 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 Rheumatologie

#### B-1.1 Allgemeine Angaben Rheumatologie

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

#### Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Xenofon Baraliakos
<b>Telefon</b>	02325/592-0
<b>Fax</b>	02325/592-125
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:verwaltung@rheumazentrum-ruhrgebiet.de">verwaltung@rheumazentrum-ruhrgebiet.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Claudiusstr. 45
<b>PLZ/Ort</b>	44649 Herne
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de">http://www.rheumazentrum-ruhrgebiet.de</a>

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
<b>Kommentar</b>	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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Rheumatologie	Kommentar
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, Arteriolen 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
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Rheumatologie	Kommentar
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	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	5.841
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M79	1.135	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
2	M05	765	Seropositive chronische Polyarthrit
3	M06	531	Sonstige chronische Polyarthrit
4	M35	496	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
5	M15	449	Polyarthrose
6	M45	371	Spondylitis ankylosans
7	L40	362	Psoriasis
8	M31	302	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
9	M25	294	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
10	M32	139	Systemischer Lupus erythematodes
11	M34	121	Systemische Sklerose
12	M19	106	Sonstige Arthrose
13	M10	97	Gicht

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
14	M11	95	Sonstige Kristall-Arthropathien
15	M47	85	Spondylose
16	M77	54	Sonstige Enthesopathien
17	M13	47	Sonstige Arthritis
18	I77	45	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
19	M33	41	Dermatomyositis-Polymyositis
20	D86	38	Sarkoidose
21	I73	25	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten
22	M86	16	Osteomyelitis
23	E85	14	Amyloidose
24	M60	12	Myositis
25	M85	12	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur
26	M02	10	Reaktive Arthritiden
27	M46	10	Sonstige entzündliche Spondylopathien
28	M08	9	Juvenile Arthritis
29	M42	9	Osteochondrose der Wirbelsäule
30	M48	9	Sonstige Spondylopathien
31	L93	7	Lupus erythematodes
32	M17	7	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
33	M54	7	Rückenschmerzen
34	M75	6	Schulterläsionen
35	J84	5	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
36	M16	5	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
37	M30	5	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
38	M62	5	Sonstige Muskelkrankheiten

**B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**

**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-561	2.437	Funktionsorientierte physikalische Therapie
2	8-983	2.183	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
3	3-990	1.905	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
4	8-547	1.886	Andere Immuntherapie
5	3-900	1.273	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
6	3-802	1.187	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	1-206	1.155	Neurographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	1-205	1.150	Elektromyographie [EMG]
9	9-984	1.113	Pflegebedürftigkeit
10	3-806	552	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
11	3-805	478	Native Magnetresonanztomographie des Beckens
12	3-823	427	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
13	1-854	307	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
14	3-82a	282	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
15	8-020	280	Therapeutische Injektion
16	3-202	263	Native Computertomographie des Thorax
17	3-820	239	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
18	6-001	217	Applikation von Medikamenten, Liste 1
19	8-918	213	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
20	1-711	212	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
21	1-710	210	Ganzkörperplethysmographie
22	8-158	210	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
23	3-222	207	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
24	1-632	200	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
25	1-440	160	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
26	1-650	141	Diagnostische Koloskopie
27	3-800	139	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
28	1-612	130	Diagnostische Rhinoskopie
29	1-610	124	Diagnostische Laryngoskopie
30	3-225	121	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
31	6-005	93	Applikation von Medikamenten, Liste 5
32	3-600	91	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße
33	9-410	87	Einzeltherapie
34	8-542	77	Nicht komplexe Chemotherapie
35	3-030	56	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
36	3-203	48	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
37	1-542	46	Biopsie an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang durch Inzision
38	3-822	45	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel
39	3-764	43	Ganzkörpermessungen mit dem Ganzkörper-Inkorporationsmessplatz
40	3-753	39	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie [PET/CT] des ganzen Körpers
41	5-452	39	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
42	1-444	38	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
43	6-003	36	Applikation von Medikamenten, Liste 3
44	1-545	34	Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision
45	3-207	34	Native Computertomographie des Abdomens
46	6-002	34	Applikation von Medikamenten, Liste 2
47	5-469	30	Andere Operationen am Darm
48	3-100	29	Mammographie
49	3-825	29	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
50	8-98g	29	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
51	6-009	28	Applikation von Medikamenten, Liste 9
52	3-75x	26	Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie [PET/CT]
53	3-752	25	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie [PET/CT] des gesamten Körperstammes
54	3-200	24	Native Computertomographie des Schädels
55	3-701	24	Szintigraphie der Schilddrüse
56	6-00a	24	Applikation von Medikamenten, Liste 10
57	3-205	23	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
58	3-137	22	Ösophagographie
59	3-809	19	Native Magnetresonanztomographie des Thorax
60	3-828	18	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
61	1-242	17	Audiometrie
62	8-810	17	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
63	3-754	15	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie [PET/CT] des gesamten Körperstammes und des Kopfes
64	6-006	15	Applikation von Medikamenten, Liste 6
65	8-987	15	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
66	3-803	14	Native Magnetresonanztomographie des Herzens
67	1-502	12	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
68	3-052	12	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
69	3-705	12	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems
70	3-206	10	Native Computertomographie des Beckens
71	3-607	10	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
72	3-804	10	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
73	3-821	9	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
74	1-313	8	Ösophagusmanometrie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
75	3-223	8	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
76	8-100	8	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
77	8-152	8	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
78	8-159	8	Andere therapeutische perkutane Punktion
79	1-20a	7	Andere neurophysiologische Untersuchungen
80	1-266	7	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
81	1-844	7	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
82	3-844	7	Magnetresonanz-Arthrographie
83	5-482	7	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
84	1-670	6	Diagnostische Vaginoskopie
85	3-05d	6	Endosonographie der weiblichen Genitalorgane
86	3-824	6	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel
87	3-843	6	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]
88	8-800	6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
89	1-414	5	Biopsie ohne Inzision an der Nase
90	3-702	5	Szintigraphie anderer endokriner Organe

**B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**

**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

116b Ambulanz	
<b>Ambulanzart</b>	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
<b>Kommentar</b>	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen

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

Privatambulanz Chefarzt Prof. Dr. med. Xenofon Baraliakos	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Physikalische Therapie	
<b>Ambulanzart</b>	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) (AM16)
<b>Kommentar</b>	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: 32,95

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,55	
Ambulant	9,4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 248,03

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 17,06

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,87	
Ambulant	6,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 537,35

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen*

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	Prof. Dr. med. Xenofon Baraliakos/Chefarzt des Rheumazentrums Ruhrgebiet Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie
AQ63	Allgemeinmedizin	

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen*

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF50	Balneologie und Medizinische Klimatologie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF02	Akupunktur	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
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

**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: 39,61

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,34	
Ambulant	2,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	39,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,43

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,87

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6.713,79

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 8,47

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,67	
Ambulant	1,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 875,71

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 7,94

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 735,64

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 6,52

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 895,86

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,81

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	
Ambulant	1,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3.561,59

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 12,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,49	
Ambulant	8,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1.300,89

*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	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	

*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 / psychosomatische 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	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	13	100,00 %	13	
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

**C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	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)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,29
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,68 (95. Perzentil)

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,17 - 1,19
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,08 - 1,04
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhaus-aufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
<b>Ergebnis-ID</b>	52010
<b>Grundgesamtheit</b>	5814
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,07%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
<b>Ergebnis-ID</b>	52326
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	

**Erwartete Ereignisse**

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,36 - 0,37%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

**Leistungsbereich (LB)****Bezeichnung der Kennzahl****Dekubitusprophylaxe****Stationär erworbener Dekubitalulcus  
Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet****Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

<b>Ergebnis-ID</b>	521800
<b>Grundgesamtheit</b>	5814
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,07%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

**Leistungsbereich (LB)****Bezeichnung der Kennzahl****Dekubitusprophylaxe****Stationär erworbener Dekubitalulcus  
Grad/Kategorie 3****Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

<b>Ergebnis-ID</b>	521801
<b>Grundgesamtheit</b>	5814
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,06 - 0,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,07%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

**C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

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

**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)	29
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	1
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1

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

**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 99.500 stationären und 160.000 ambulanten Patienten jährlich ist die St. Elisabeth Gruppe für über 7200 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

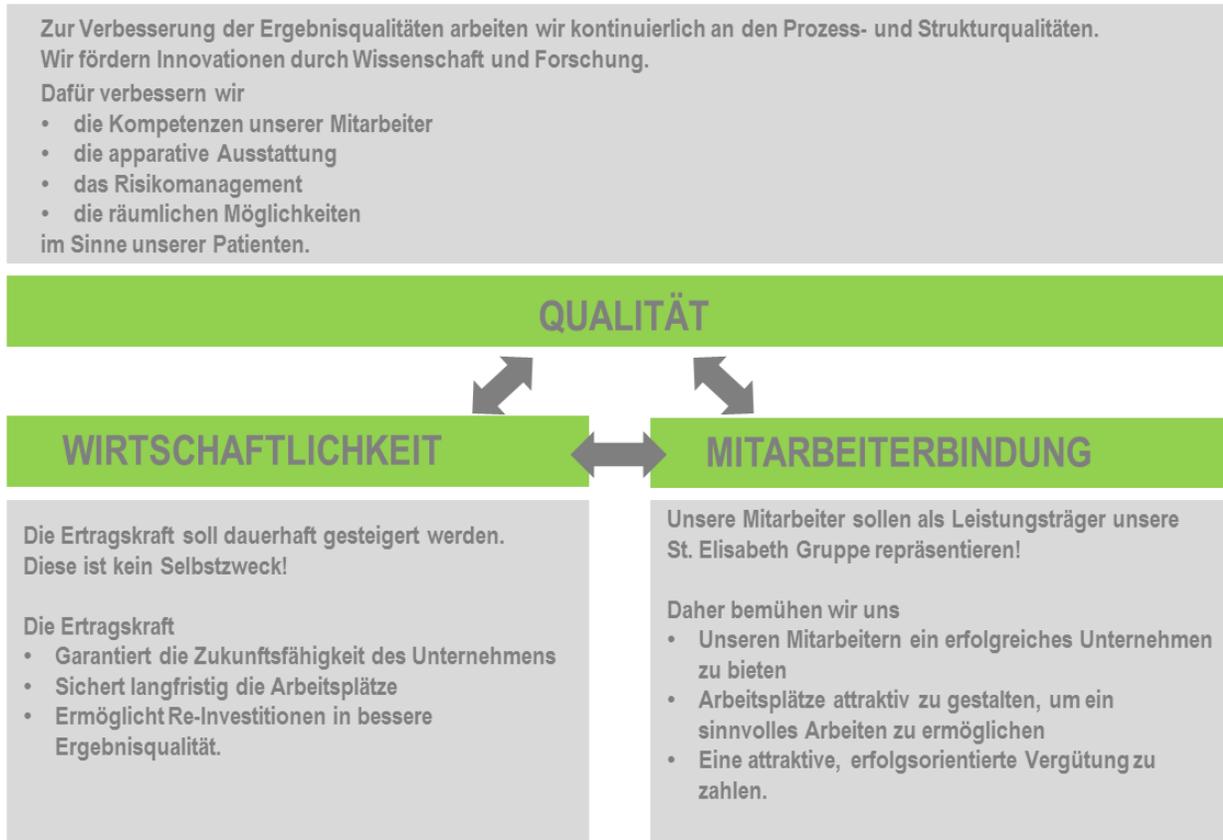
Fachkliniken: Rheumazentrum Ruhrgebiet  
 St. Marien Hospital Eickel

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 Herdecke Ärzte Sally- Grünwald-Straße  
 Lukas Hospiz Herne  
 St. Elisabeth Hospiz Witten  
 Bildungszentrum Ruhr  
 Bildungswerk e.V.  
 Campus der St. Elisabeth Gruppe  
 Pflegeschule  
 Schule für Berufe im Operationsdienst  
 Akademie für Physiotherapie  
 Akademie der Ergotherapie  
 Akademie der Logopädie  
 Hebammenschule  
 Kinder in der St. Elisabeth Gruppe (Kindertagesstätte)  
 Senioreneinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe  
 Senioreneinrichtungen Widumer Höfe

St. Elisabeth Stift Herne  
Gästehaus St. Elisabeth Herne

Alle diese unterschiedlichen Einrichtungen folgen einer gemeinsamen Qualitätspolitik.  
 Die St. Elisabeth Gruppe richtet sich in ihrem Handeln nach dem Strategischen Dreiklang. Dessen drei Komponenten: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterbindung sind die Basis für die bestmögliche Patientenbehandlung.

## Strategischer Dreiklang der St. Elisabeth Gruppe



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

### D-2 Qualitätsziele

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

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

#### Zielschwerpunkte der St. Elisabeth Gruppe

Qualität	
<b>Optimierung der Behandlung</b>	Das „Herzstück“ unserer Qualität: Kontinuierliche Anpassung der medizinischen und pflegerischen Behandlung an den Stand der Wissenschaft und Forschung.
	# Die onkologische Kompetenz der St. Elisabeth Gruppe wird kontinuierlich ausgebaut.

# Die Chemotherapiebehandlung erfolgt in allen Bereichen der St. Elisabeth Gruppe auf einem einheitlich hohen wissenschaftlichen und klinischen Niveau.

# Ein immer aktuelles Antibiotikaregime kommt den Patienten zugute.

# Kinästhetik ist als pflegerische Haltung in allen Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe etabliert.

# Ein Schmerzkonzept für alle Patientengruppen ist umgesetzt.

# Demenzbegleiterinnen unterstützen (interkulturell) die Pflege von Demenzerkrankten.

#### **Patienten- sicherheit**

Im Fokus: Verbesserung der Sicherheit von Patienten

# Fehler werden erfasst und zu Verbesserungen genutzt (CIRS).

# Risikomanagement als Vorbeugemaßnahme ist etabliert.

# Informationen über Patienten liegen EDV basiert vor und sind in allen Behandlungsbereichen verfügbar.

# Hygieneanforderungen werden umfassend umgesetzt.

# Hygienische Anforderungen werden bereits bei der Bauplanung berücksichtigt.

# Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinie (QM-RL) werden im Klinikalltag gelebt.

# Das Labor der St. Elisabeth Gruppe analysiert sicher und zuverlässig, auf dem aktuellen Stand der Technik und in enger Kooperation mit den Einsendern.

#### **Patienten- zufriedenheit**

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

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

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

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

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

# Die Einbeziehung von Angehörigen ist Anspruch aller Berufsgruppen.

#### **Qualitäts- management**

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

# Die Messbarkeit von Ergebnisqualität wird vorangetrieben.

# Unterjährige Analysen von Qualitätskennzahlen zur Qualitätsverbesserung sind etabliert.

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

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

### Mitarbeiterbindung

#### Mitarbeiter-orientierung

Unser Ziel „die Arbeitsplatzkultur ist weit überdurchschnittlich“.

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

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

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

# Die Mitarbeitergesundheit wird durch umfassende Arbeitsschutzmaßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt

#### Mitarbeiter-qualifikation

Die Qualifikation unserer Mitarbeiter als Voraussetzung für eine hohe Qualität der Patientenversorgung wird kontinuierlich weiterentwickelt.

# Die Ausbildungsquote der St Elisabeth Gruppe ist überdurchschnittlich.

# Führungskräfte der St. Elisabeth Gruppe sind kompetent und gut ausgebildet.

# Gut ausgebildeter Nachwuchs wird durch eine eigene Krankenpflegeschule und Akademie auf dem Campus der St. Elisabeth Gruppe sichergestellt.

# Ein Einarbeitungskonzept bereitet neue Mitarbeiter optimal auf ihre Tätigkeit in der St. Elisabeth Gruppe vor.

# Eine E-Learning Plattform ermöglicht allen Mitarbeiter ein breit gefächertes Weiterbildungsangebot.

### Wirtschaftlichkeit

#### Medizinische Angebote

Die St. Elisabeth Gruppe bietet ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen. Wo sinnvoll und möglich werden

# medizinische Angebote ausgebaut,

# die Effizienz der Behandlung gesteigert,

# neue Patienten angesprochen und

# das ambulante Angebot ausgeweitet.

#### Organisation

Aktivitäten der Verwaltung im Hintergrund sind effizient und sicher.

# Datensicherheit ist gewährleistet.

# Die EDV der Elisabeth Gruppe arbeitet zuverlässig und sicher.

# Die Umstellung auf IT gestützte Datenerfassung und -dokumentation wird vorangetrieben.

# Baumaßnahmen werden zeitgerecht umgesetzt.

# Die wirtschaftliche Verwendung von Geldern wird durch ständig verbesserte

Beschaffungsprozesse garantiert.

# Schmale, flexible und bedarfsgerechte Verwaltungsstrukturen und Abläufe unterstützen die Wirtschaftlichkeit der Gruppe.

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

### **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Die St. Elisabeth Gruppe besteht aus verschiedenen, heterogenen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäusern, 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 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**

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. Psychoonkologie, Sozialdienst) in die Tumorkonferenz einbezogen.

**Kommissionen und Konferenzen**

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

**CIRS (Critical Incident Reporting System)**

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

**Risikoanalysen- und Risikoaudits**

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

**D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

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

### St. Elisabeth Gruppe Katholische Kliniken Rhein-Ruhr

#### 1. Lernen aus Fehlern

Das Meldesystem zur Erfassung und Bearbeitung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen (CIRS) wird stetig weiterentwickelt. Die Umsetzung von Maßnahmen aus diesen Meldungen wird optimiert.

#### 2. Risiken kennen und vorbeugen

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

#### 3. Unterstützung von krebskranken Patienten

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

#### 4. Führungskräfte sind kompetent

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

#### 5. Servicequalität in der St. Elisabeth Gruppe

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

#### 6. Mitarbeiterjahresgespräche

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

#### 7. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen

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

#### 8. Praktikantenmanagement

Das Projekt „Praktikantenmanagement“ dient dem frühzeitigen Kontaktaufbau zu potentielltem 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 Krankenpflegeassistenz
3. Altenpfleger/in
4. Operationstechnischen Assistenz
5. Anästhesie-technische Assistenz
6. staatlich anerkannten Physiotherapeuten/in
7. staatlich anerkannter Ergotherapeut/in
8. staatlich anerkannten Logopäden/Logopädin
9. Hebamme
10. Medizinischen Technologen für Radiologie
11. Senioreneinrichtungen

Neben den Ausbildungsangeboten entstand unter dem Motto Jung und Alt am Standort Börnig eine Alteinrichtung mit Tagespflege und Demenzstation in neuen Räumlichkeiten.

12. Informations- und Datensicherheit

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

1. Medizinische Versorgungszentren der St. Elisabeth Gruppe

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

2. Patientendatenmanagementsystem auf den Intensivstationen

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

3. Schutzkonzept gegen Gewalt innerhalb der St. Elisabeth Gruppe

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

4. Ausweitung E-Learning

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

#### 5. 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.

#### 6. Virtuelle Sprechstunde der Chirurgischen Klinik

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

#### 1. 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.

#### 7. Neubau Labor am Standort Marien Hospital Herne

Für eine medizinische Diagnose und die Überprüfung des Behandlungserfolgs sind Laboruntersuchungen unerlässlich. Um dem Laborteam das Arbeiten auf höchstem Standard in modernen Räumlichkeiten und mit der neuesten medizin-technischen Ausstattung zu ermöglichen wurde ein neues Labor am Standort Marien Hospital Herne - Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum gebaut und 2022 in Betrieb genommen.

#### Rheumazentrum Ruhrgebiet

- Lehrstuhl für Rheumatologie der Ruhr-Universität Bochum
  - Nachweis hoher Behandlungsqualität durch erneute Teilnahme am Outcome-Benchmark (KOBRA)
  - Mitglied im „Network of Imaging Research Center“ der Europäischen Rheuma-Liga EULAR
- Das Rheumazentrum Ruhrgebiet wurde für weitere fünf Jahre als Mitglied im „Network of Imaging Research Center“ der Europäischen Rheuma-Liga EULAR bestätigt. Zugleich erfolgte die Qualifizierung als Mitglied im „Network of Imaging Training Centres“ der EULAR bis zum Jahr 2026. Somit ist das Rheumazentrum Ruhrgebiet erneut für seine Arbeit im Bereich der rheumatologischen Bildgebung ausgezeichnet und ab sofort auch Ausbildungsstelle für Rheumatologen aus der gesamten EU.
- Unter Anderem bietet das Rheumazentrum Ruhrgebiet seinen Patienten alle bildgebenden Verfahren der Diagnostik aus einer Hand – eine Seltenheit.

## 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 2022 wurden alle Zertifizierungen weiterverfolgt.

Sowohl das Marien Hospital in Herne als auch das Marien Hospital in Witten 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: 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: 2023, 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: 2023, Zertifiziert durch: DEKRA

## Bildungseinrichtungen der St. Elisabeth Gruppe am Campus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Arztpraxen MVZ

### MVZ Herne Ärzte Hölkeskampring

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

**MVZ Wanne Ärzte am Ruschenhof**

1. Onkologische Praxis am Ruschenhof
2. Rheumatologie am Standort Claudiusstraße

**MVZ Witten Ärzte Marienplatz**

3. Onkologische Praxis, Witten
4. Gynäkologische Praxis Herdecke

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

**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. Xenofon Baraliakos

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: 2022, Zertifiziert durch: BQS-Institut