

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022**

## **LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Coesfeld**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 23.10.2023 um 14:41 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	10
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-12.1 Qualitätsmanagement	13
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	13
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	16
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	16
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	19
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	19
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	19
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	19
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1].1 LWL-TK-Coesfeld	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	20
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	21
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	21
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	21
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	21

---

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	21
B-[1].11 Personelle Ausstattung	22
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	22
B-11.2 Pflegepersonal	22
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	23
Teil C - Qualitätssicherung	25
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	25
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	25
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	25
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	25
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	25
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	26
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	26
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	26

## Einleitung

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.

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



LWL-Tagesklinik Coesfeld

### Einleitungstext

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische LWL-Tagesklinik in Coesfeld besteht seit 1999. Sie ist der LWL-Klinik Marl-Sinsen angegliedert. Die Klinik in Marl besteht als Kinder- und Jugendpsychiatrische Fachklinik seit dem Jahr 1966 und ist eine der größten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachkliniken Deutschlands. Die Tagesklinik befindet sich an der Dülmener Straße 21 in Coesfeld, nur wenige Gehminuten vom

Hauptbahnhof entfernt.

Zur Tagesklinik Coesfeld gehören großzügige Räumlichkeiten der ehemaligen Villa Helmus mit mehreren Etagen, ein Nebengebäude mit einer Institutsambulanz, sowie ein weitläufiger Außenbereich mit Sand- und Grünflächen, Fußball- und Basketballplatz, Klettergerüst, Trampolin, Matschanlage, Schaukeln, etc. Im Hauptgebäude befinden sich die Therapieräume, das Dienstzimmer, die Räume der Schule für Kranke (Mira-Lobe-Schule), zwei Snoezelzimmer, der Werkraum der Ergotherapie, Tischtennisraum, zwei Aufenthaltsräume mit Billard- und Kickertisch, etc.. Im Nebengebäude befinden sich die Institutsambulanz und Räume der Sport- und Bewegungstherapie und ein Multifunktionsraum.

Die Hauptklinik in Marl steht der Tagesklinik mit ihren Therapieangeboten auch zur Verfügung. Dort können die Schwimmhalle, die Turnhalle und der Kletterparcours genutzt werden.

Die Tagesklinik verfügt über 12 Behandlungsplätze. Behandelt werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren mit Störungsbildern aus dem gesamten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In der Tagesklinik arbeitet ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Es besteht aus einer leitenden Ärztin, zwei Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in Ausbildung, einem Therapiehund, einer Stationsleitung für den Pflege- und Erziehungsdienst, zwei Erzieherinnen, einem Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, einer Ergotherapeutin, zwei Sport- und Bewegungstherapeut:innen.

In der Ambulanz sind ebenfalls die leitende Fachärztin, und die Ambulanz- und Tageskliniksekretärin beschäftigt.

Die Tagesklinik Coesfeld versorgt Kinder und Jugendliche aus dem Kreis Coesfeld. Es werden pro Jahr ca. 60 Kinder und Jugendliche Jahren behandelt.

### **Therapieangebote**

Die Therapieangebote werden auf die einzelnen Patienten abgestimmt und bestehen hauptsächlich aus:

- Kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychologischer Diagnostik
- Gesprächs- und Verhaltenstherapie
- Gruppenpsychotherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen
- Elternberatung und Eltern-Hospitationen in Therapien und Tagesklinik-Alltag
- Bewegungstherapie
- Entspannungsübungen (Fantasiereisen, PMR u.a.)
- Ergotherapie mit Eltern-Hospitationen zur Vermittlung bindungsstärkender Erfahrungen
- Beratung und Vermittlung von Angeboten zur pädagogischen und therapeutischen Nachbetreuung

### **Der Pflege- und Erziehungsdienst bietet zudem folgende Angebote an:**

- Bezugspflege: Zuordnung des Patienten zu einem festen Teammitglied des Pflege- und Erziehungsdienstes
- Förderung von sozialen Kompetenzen, Konfliktfähigkeit, Kontaktbereitschaft sowie emotionaler und körperlicher Selbstfindung
- Entspannungstechniken
- soziales Kompetenztraining und Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten
- Gestaltung von Freizeitaktivitäten
- pädagogische Elternarbeit und Elternberatung
- Waldpädagogik
- Kreativpädagogik
- Millieuthérapie

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name	Dipl.-Psych. Michael Ries
Position	Qualitätsmanagementbeauftragter
Telefon	02365 / 802 - 2162
Fax	02365 / 802 - 4179
E-Mail	michael.ries@lwl.org

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name	Dr. Daniel Napieralski-Rahn
Position	Kaufmännischer Direktor
Telefon.	02365 / 802 - 2100
Fax	02365 / 802 - 2109
E-Mail	daniel.napieralski-rahn@lwl.org

**Weiterführende Links**

URL zur Homepage	<a href="https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-coesfeld/">https://www.haardklinik.lwl.org/de/therapie-behandlung/tageskliniken/tagesklinik-coesfeld/</a>
URL für weitere Informationen	<a href="https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/qualitaetsmanagement/">https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/qualitaetsmanagement/</a>
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="https://www.lwl-klinik-marl.de/de/kontakt/">https://www.lwl-klinik-marl.de/de/kontakt/</a> ( Weitere Ansprechpartner )</li></ul>

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	LWL Klinik Marl-Sinsen
Institutionskennzeichen	260550687
Hausanschrift	Halterner Straße 525 45770 Marl
Postanschrift	Halterner Straße 525 45770 Marl
Telefon	02365 / 802 - 0
E-Mail	lwl-klinik-marl@lwl.org
Internet	<a href="http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/">http://www.jugendpsychiatrie-marl.de/</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Claus-Rüdiger Haas	Ärztlicher Direktor	02365 / 802 - 2200	02365 / 802 - 2209	claus-ruediger.haas@lwl.org

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Kristin Assmann	Pflegedirektorin	02365 / 802 - 2300	02365 / 802 - 2309	kristin.assmann@lwl.org

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Daniel Napieralski-Rahn	Kaufmännischer Direktor	02365 / 802 - 2100	02365 / 802 - 2109	daniel.napieralski-rahm@lwl.org

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	LWL Klinik Marl-Sinsen Tagesklinik Coesfeld
Institutionskennzeichen	260550687
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772300000
alte Standortnummer	05
Hausanschrift	Dülmener Straße 21-23 48653 Coesfeld
Postanschrift	Dülmener Straße 21-23 48653 Coesfeld
Internet	<a href="https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/unsere-tageskliniken/">https://www.lwl-klinik-marl.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/unsere-tageskliniken/</a>

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Claus-Rüdiger Haas	Ärztlicher Direktor	02365 / 802 - 2200	02365 / 802 - 2109	claus-ruediger.haas@lwl.org

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Kristin Assmann	Pflegedirektorin	02365 / 802 - 2300	02365 / 802 - 2309	kristin.assmann@lwl.org

**Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts**

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Daniel Napieralski-Rahn	Kaufmännischer Direktor	02365 / 802 - 2100	02365 / 802 - 2109	daniel.napieralski-rah@lwl.org

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

Name Landschaftsverband Westfalen Lippe  
 Art öffentlich

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP62	Snoozelen	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Vollkost, vegetarische Kost, muslimische Kost

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	LWL-Tagesklinik Coesfeld, Ambulanz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sekretariat
Telefon	02541 / 9523 - 12
Fax	02541 / 9523 - 13
E-Mail	tagesklinik.coesfeld@lwl.org

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	0
-------------------	---

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	69
Ambulante Fallzahl	282
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,19	einschließlich Erzieherinnen / Erzieher
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,19	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	

Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6,19	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

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

#### Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

#### Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,5
Stationäre Versorgung	1,62

#### Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,88

#### Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,64

#### Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,04

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dipl. Psych. Michael Ries
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsbeauftragter
Telefon	02365 802 2162
Fax	02365 802 4179
E-Mail	michael.ries@lwl.org

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Arbeitsgruppe nur zum Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	jährlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dipl. Psych. Michael Ries
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsbeauftragter
Telefon	02365 802 2162
Fax	02365 802 4179
E-Mail	michael.ries@lwl.org

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Durch eine multiprofessionell besetzte Arbeitsgruppe erfolgt eine fortlaufende Datensammlung. Durch die Betrachtung der besonderen Vorkommnisse und CIRS-Meldungen sowie durch ein Brainstorming der Gruppe. Die Ergebnisse werden in einer Risikomatrix gepflegt.
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Qualitätsmanagementkonzept 2021-04-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Medizinisches Notfall Management 2021-12-16
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Freiheitseinschränkende Maßnahmen 2022-03-29
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Umgang mit medizin-technischen Geräten 2022-09-21

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Beschreibung des Entlassungsprozesses 2021-09-15

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Maßnahmen zur Wege- und Patientensicherheit.

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2019-11-22
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	bei Bedarf
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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
---	--

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	1
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

#### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Claus-Rüdiger Haas
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	02365 802 2200
Fax	
E-Mail	claus-ruediger.haas@lwl.org

#### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

##### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?  nein

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?  nein  
 Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? trifft nicht zu

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? trifft nicht zu

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Ja  
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 10,32 ml/Patiententag  
 Ist eine Intensivstation vorhanden?  Nein  
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ([www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_nod\\_e.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_nod_e.html))  nein  
 Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).  nein  
 Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?  ja  
 Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?  nein

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  ja  
 Meinungskarten dienen der Erfassung von Lob und Kritik, sie werden im Haus in den dafür vorgesehenen Briefkästen, die jeweils in Stationsnähe angebracht sind, eingeworfen. Die Tageskliniken sammeln die Karten und schicken sie dem QM zu, das alle schriftlichen eingegangenen Meinungskarten erfasst und sie zur Bearbeitung an die jeweiligen Stellen leitet.

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	s.o.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Alle Patienten- und Angehörigen werden bei Entlassung schriftlich befragt und die Ergebnisse jährlich den jeweiligen Stationen rückgemeldet.
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Den Entlassungsbriefen an die Einweiser sind "Feedbackkarten" beigelegt.

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Psych. Michael Ries	Qualitätsbeauftragter	02365 802 2162	02365 802 4179	michael.ries@lwl.org

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

nein

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name Dr. Michele Cagnoli



Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stellvertretender Ärztlicher Direktor
Telefon	02365 802 2204
Fax	02365 802 2209
E-Mail	michele.cagnoli@lwl.org

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder 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 / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

### 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 einrichtungswirtschaftlichen 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.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja		
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja		
Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
SK03	Aufklärung		Aushängen von Plakaten
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	2016-11-15	Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten		Ausgabe und Aushang Meinungskarten, Ansprechpartner für Beschwerden bei der Betriebsleitung, Beschwerdestelle des LWL (Beschwerde Kommission)
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		Erweitertes Führungszeugnis bei Einstellung

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorgesehen?		<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
SK08	Interventionsplan verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	2016-11-15	Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	2016-11-15	Handlungsleitlinien zur Prävention von sexuellem Missbrauch

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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.

#### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

#### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist 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

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 LWL-TK-Coesfeld

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	LWL-TK-Coesfeld
Fachabteilungsschlüssel	3060
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Claus Rüdiger Haas
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	02365 / 802 - 2200
Fax	02365 / 802 - 2209
E-Mail	claus-ruediger.haas@lwl.org
Strasse / Hausnummer	Halterner Str. 525
PLZ / Ort	45770 Marl
URL	<a href="https://www.haardklinik.lwl.org/de/">https://www.haardklinik.lwl.org/de/</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarung getroffen
Kommentar/Erläuterung	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	69

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	6,19	einschließlich Erzieherinnen / Erzieher
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,19	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6,19	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP24	Deeskalationstraining	

### B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,5
Stationäre Versorgung	1,62
Fälle je VK/Person	

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

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,88
Fälle je VK/Person	

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,64
Fälle je VK/Person	

#### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

---

Anzahl Vollkräfte	1,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,04
Fälle je VK/Person	

---



## Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 136a und § 136b 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 / entfällt

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

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
Leistungsbereich: Zertifizierung nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2015
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Insgesamt 10 Kapitel: 1. Anwendungsbereich 2. Normative Verweise 3. Begriffe 4. Kontext der Organisation 5. Führung 6. Planung 7. Unterstützung 8. Betrieb 9. Bewertung der Leistung 10. Verbesserung
Ergebnis: Audits ergaben das die Forderungen der DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt sind.
Messzeitraum: Seit 2021 jährlich
Datenerhebung:
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:
Leistungsbereich: Zertifizierung nach dem KTQ-Verfahren für Krankenhäuser mit dem Ziel der Optimierung von Prozessen der Patientenversorgung.
Bezeichnung des Qualitätsindikators: gemäß KTQ-Katalog 6 Hauptkategorien: - Patientenorientierung - Mitarbeiterorientierung - Sicherheit im Krankenhaus - Kommunikation u. Information im Krankenhaus - Führung - Qualitätsmanagement
Ergebnis: Zertifizierung nach KTQ in 2009, 2012, 2015 und 2018
Messzeitraum: Seit 2009 fortlaufend bis 2021
Datenerhebung:
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

### **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	2
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	0
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

(\*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### **C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr**

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt