

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018**

## **LWL-Klinik Münster**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 08.04.2020 um 10:14 Uhr erstellt.

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

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

**Inhalt**

## Einleitung4

Teil A -	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	6
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	6
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	10
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	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 .....	14
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	16
A-12.1	Qualitätsmanagement.....	16
A-12.2	Klinisches Risikomanagement.....	16
A-12.3	Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements .....	17
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	19
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit.....	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	21
Teil B -	Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	22
B - [1] 1	Psychiatrie und Psychotherapie.....	22
B - [1] 2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen.....	23
B - [1] 3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	24
B - [1] 4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	24
B - [1] 5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	25
B - [1] 6	Diagnosen nach ICD.....	25
B - [1] 7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	26
B - [1] 8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	27
B - [1] 9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	27
B - [1] 10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	27
B - [1] 11	Personelle Ausstattung.....	28
B.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	28

B.11.2	Pflegepersonal .....	28
B.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	30
B - [2] 1	Internistisch-psychiatrische Abteilung.....	32
B - [2] 2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen.....	32
B - [2] 3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	33
B - [2] 4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	33
B - [2] 5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	33
B - [2] 6	Diagnosen nach ICD.....	33
B - [2] 7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	35
B - [2] 8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	35
B - [2] 9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	35
B - [2] 10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	35
B - [2] 11	Personelle Ausstattung.....	36
B.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	36
B.11.2	Pflegepersonal .....	36
B.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	37
Teil C -	Qualitätssicherung.....	38
C-1	Teilnahme an der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	38
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	38
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]..	39
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	49
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	49
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	50
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	50
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") .....	50
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	50

## Einleitung

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



*Das neue Hauptgebäude der LWL-Klinik Münster*

### Einleitungstext

Die **LWL-Klinik Münster** ist ein Zentrum für psychiatrische Behandlung für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Münster und umliegender Gemeinden. Die Klinik liegt in der Trägerschaft des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL). Unsere Aufgabe ist die bestmögliche Behandlung und Wiedereingliederung psychisch Kranker in ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben im familiären, sozialen und beruflichen Bereich. Wir behandeln alle psychiatrischen Störungsbilder, in spezialisierten Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Spezielle Psychotherapie, Suchtmedizin sowie Gerontopsychiatrie. Darüber hinaus werden in der internistisch-psychiatrischen Abteilung internistische Erkrankungen bei psychisch kranken Menschen behandelt.

Es stehen sämtliche Behandlungs- und Betreuungsangebote in der Versorgungskette zur Verfügung: vollstationäre Behandlung, teilstationäre Behandlung in differenzierten Tageskliniken und ambulante Behandlung in den Spezialambulanzen für Allgemeine Psychiatrie, Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie und für psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderungen. Darüber hinaus unterhält der LWL am Standort der Klinik eine Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit Alkoholabhängigkeiten, sowie den LWL-Wohnverbund als Betreuungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen und solche mit geistiger Behinderung, und das LWL-Pflegezentrum als Pflegeheim für psychisch kranke ältere Menschen.

Der Klinikstandort im Zentrum der Stadt Münster ist ein parkähnliches Gelände mit einem schönen, alten Baumbestand und mehreren zwei- bis dreigeschossigen Gebäuden. Das 2018 eröffnete neue Hauptgebäude mit 140 Betten bildet zugleich das „neue Gesicht“ der Klinik (siehe Abbildung). Das dreigeschossige Klinikgebäude verfügt über eine weitläufige, helle und freundliche Raumgestaltung; ein Dachgarten ermöglicht allen Patienten einen Barriere-freien Zugang ins Grüne. Alle Gebäude und Stationen der Klinik sind auf einem modernen Einrichtungs- und Ausstattungsstand.

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name	Ralph Menke
Position	Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon	0251 / 91555 - 1020
Fax	0251 / 91555 - 1024
E-Mail	r.menke@lwl.org

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

Name	Prof. Dr. med. Thomas Reker
Position	Ärztlicher Direktor
Telefon.	0251 / 91555 - 2001
Fax	0251 / 91555 - 1001
E-Mail	t.reker@lwl.org

**Weiterführende Links**

URL zur Homepage:

[http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik\\_muenster/](http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster/)

URL für weitere Informationen:

[http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik\\_muenster/infoservice\\_fuer\\_patienten](http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster/infoservice_fuer_patienten)

Weitere Links

[https://de.wikipedia.org/wiki/LWL-Klinik\\_Münster](https://de.wikipedia.org/wiki/LWL-Klinik_Münster)

( Wikipedia-Eintrag LWL-Klinik Münster )

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	LWL-Klinik Münster
Institutionskennzeichen	260550211
Standortnummer	00
Hausanschrift	Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30 48147 Münster
Postfach	202 252 48103 Münster
Internet	<a href="http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster">http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Thomas Reker	Ärztlicher Direktor	0251 / 91555 - 2001	0251 / 91555 - 1001	t.reker@lwl.org

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Michael Lison	Pflegedirektor	0251 / 91555 - 2102	0251 / 91555 - 1001	m.lison@lwl.org

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Thomas Voß	Kaufmännischer Direktor	0251 / 91555 - 1003	0251 / 91555 - 1001	t.voss@lwl.org

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Art	öffentlich

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus? trifft nicht zu

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?  Ja



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	Akupressurbehandlung z.B. bei Kopfschmerz
MP02	Akupunktur	U.a. Angebot Ohrakupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Angehörigengruppen in der Allgemeinpsychiatrie und in der Gerontopsychiatrie
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Abschiedsraum, Chefarzt der Abtlg. Innere Med. verfügt über Weiterbildung Palliativversorgung, auf Wunsch Einbindung der Seelsorge
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	u.a. Tanztherapie, Zumba, Fitnesstraining
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Sonderkost, Diätberatung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	ausgebildete Diätassistentinnen, Ernährungstrainings
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	mehrere ausgebildete Kinästhetiktrainer
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunsttherapie, Bildhauerwerkstatt
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Aromatherapie, Aromamassage, Klangmassage, Ohrakupunktur
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Unterricht für schulpflichtige Kinder (Helen-Keller-Schule)
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	z.B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	z.B. NichtraucherInnenkurse, Koronarsportgruppe, Ernährungsberatung
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	Umsetzung des Nationalen Expertenstandards
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	u.a. zwei ausgebildete Sturzexperten, Diätberatung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z.T. Pflegevisite, Wundmanager, Kinästhetiktrainer, Sturzexperten, Deeskalationstrainer, Schutztechniktrainer, Demenzcoaches
MP51	Wundmanagement	qualifizierte Wundmanager
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Informationsvorträge für Selbsthilfegruppen, regelm. Treffen von Selbsthilfegruppen in Klinikräumen
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	



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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			auf jeder Station vorhanden, zusätzlich Park-Café für Patienten / Besucher
NM02	Ein-Bett-Zimmer			in mehreren Stationen verfügbar
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			im Einzelfall möglich
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			in allen Stationen vorhanden
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			verschießbarer Schrank im Zimmer
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0 EUR pro Stunde (max) 0 EUR pro Tag		Gratis-Parkplätze ausreichend vorhanden (Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. und Kinderhauser Str.)
NM42	Seelsorge			katholischer/evangelischer Pfarrer; katholische Pastoralreferentin
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung			für schulpflichtige Kinder (Helen-Keller-Schule)
NM65	Hotelleistungen			in verschiedenen Stationen verfügbar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vielfältige Sonderkostformen möglich, z.B. vegane Kost		
NM67	Andachtsraum			Die Klinik verfügt über eine eigene Kirche

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	Teilweise blindengerechte Ausstattung, je nach Baujahr
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	Zudem Nutzung von Piktogrammen, teilweise mehrsprachige Ausschilderung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	in ausreichender Anzahl verfügbar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Teilweise rollstuhlgerechte Ausstattung, je nach Baujahr
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	bei Bedarf verfügbar
BF23	Allergearme Zimmer	Bei der Auswahl von Baustoffen und Einrichtungen wird auf die Auswahl schadstoffarmer Produkte geachtet

## 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
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Zudem gehört die LWL-Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege zur Klinik
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL09	Doktorandenbetreuung	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 376

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	4852
Teilstationäre Fallzahl	606
Ambulante Fallzahl	19313

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	55,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	55,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	8,2
Stationäre Versorgung	46,95

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	30,63
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	30,63
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	8,2
Stationäre Versorgung	22,43
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)	188,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	188,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	188,31

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

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

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	19,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	19,83

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,42

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	7,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,54

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

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

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

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

**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	9,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	7,13
Stationäre Versorgung	2,43

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	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	38,50

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

#### Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	5,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,31
Stationäre Versorgung	3,1

#### Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	13,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,91
Stationäre Versorgung	11,3

#### Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	5,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,19
Stationäre Versorgung	5,28

#### Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	18,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,96
Stationäre Versorgung	18

#### Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	4,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,97

#### Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	23,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,91
Stationäre Versorgung	20,79

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b>
Anzahl Vollkräfte	1,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,01
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin (SP13)</b>
Anzahl Vollkräfte	2,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,59
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)</b>
Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,0
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>
Anzahl Vollkräfte	4,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,97
Kommentar/ Erläuterung	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) (SP55)</b>
Anzahl Vollkräfte	4,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,5
Kommentar/ Erläuterung	



## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Ralph Menke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon	0251 91555 1020
Fax	0251 91555 1024
E-Mail	<a href="mailto:r.menke@lwl.org">r.menke@lwl.org</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Qualitätskommission der Klinik (Mitglieder der Betriebsleitung und deren Stellvertretungen, Leitungen der Verwaltungsabteilungen, alle Chefarzte bzw. pflegerischen Abteilungsleitungen, sowie der Qualitätsmanagement-Beauftragte)
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

#### 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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung Klinisches Risikomanagement 2017-10-18
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM05	Schmerzmanagement	Verfahrensanweisung Schmerzmanagement 2017-10-06
RM06	Sturzprophylaxe	Verfahrensanweisung Sturzprophylaxe 2016-11-30
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Verfahrensanweisung Dekubitusprophylaxe 2019-08-05
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Verfahrensanweisung Durchführung von Fixierungen 2017-04-28
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM18	Entlassungsmanagement	Verfahrensanweisung Entlassmanagement 2017-09-26

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?  Ja  
 Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?  Ja  
 Tagungsfrequenz quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit      Regelmäßige Mitarbeiterschulungen zu diversen Risikobereichen

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der 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  Ja  
 Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?  Ja  
 Tagungsfrequenz quartalsweise

#### Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

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

#### Vorsitzender der Hygienekommission

Name Dr. med. Rolf Althoff  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt der Abteilung Innere Medizin  
 Telefon 0251 91555 2900  
 Fax  
 E-Mail r.althoff@lwl.org

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?  ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?  ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?  ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor? trifft nicht zu

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?  ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)  ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))  ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden  ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe  ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion  nein

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?  ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 4,19 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden?  Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen 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\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html))?  ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).  ja

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 Patienten und Patientinnen?  ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Regelmäßige Hygieneschulungen, z.B. zu MRSA, Noro, Händedesinfektion

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Die Klinik verfügt über ein zweistufiges System zur Abgabe von Beschwerden: Klinikintern besteht die Möglichkeit mündl. oder schriftl. Beschwerden; daneben besteht die Möglichkeit, sich an die zentrale "LWL-Beschwerdekommision" zu wenden (Ansprechpartnerin Frau Mechthild Stöber, Tel. 0251/591-3862).
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Verfahrensweisung Beschwerdemanagement
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
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"/> Ja	

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Ein klinikinterner Ansprechpartner für Patientenbeschwerden ist benannt. Zugang über Internetseite der Klinik bzw. eMail (r.menke@lwl.org) bzw. Tel. (0251/91555-1020)
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	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Jährliche schriftliche Zufriedenheitsbefragung der Patienten bei Entlassung. Benchmarking-Vergleich mit den anderen Kliniken des LWL-Psychiatrie Verbundes. Zudem jährliche mündliche Fokusgruppen-Interviews (qualitative, leitfadengestützte Patienten-Interviews). Ergänzende themenbezogene Patientenbefragungen, bspw. zur Qualität der Speisenversorgung. <a href="http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster/wir_ueber_uns_klinik_muenster/Qualitaetsmanagement">http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_muenster/wir_ueber_uns_klinik_muenster/Qualitaetsmanagement</a>
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Einweiserbefragungen finden im dreijährlichen Turnus statt

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Ralph Menke	Qualitätsmanagement-Beauftragter	0251 91555 1020	0251 91555 1024	r.menke@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? ja – Arzneimittelkommission

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit
Name	Dr. med. Jutta Settelmayer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	0251 91555 2600
Fax	
E-Mail	j.settelmayer@lwl.org

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	Versorgung durch eine externe Klinikapotheke innerhalb des LWL-PsychiatrieVerbundes

### 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.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
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-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	In Kooperation mit einer radiologischen Praxis
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	In Kooperation mit einer radiologischen Praxis

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

### B - [1] 1 Psychiatrie und Psychotherapie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fachabteilungsschlüssel 2900  
 Art der Abteilung Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name Prof. Dr. med. Thomas Reker  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor  
 Telefon 0251 / 91555 - 2001  
 Fax 0251 / 91555 - 1001  
 E-Mail t.reker@lwl.org  
 Strasse / Hausnummer Friedr.-Wilh.-Weber-Str. 30  
 PLZ / Ort 48147 Münster  
 URL

Name Dr. med. Tilmann Fey  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt  
 Telefon 0251 / 91555 - 2400  
 Fax  
 E-Mail t.fey@lwl.org  
 Strasse / Hausnummer Friedr.-Wilh.-Weber-Str. 30  
 PLZ / Ort 48147 Münster  
 URL

Name Dr. med. Johannes Maas  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt  
 Telefon 0251 / 91555 - 2350  
 Fax  
 E-Mail j.maas@lwl.org  
 Strasse / Hausnummer Friedr.-Wilh.-Weber-Str. 30  
 PLZ / Ort 48147 Münster  
 URL

Name Dr. med. Jutta Settelmayer  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefärztin  
 Telefon 0251 / 91555 - 2600  
 Fax  
 E-Mail j.settelmayer@lwl.org  
 Strasse / Hausnummer Friedr.-Wilh.-Weber-Str. 30  
 PLZ / Ort 48147 Münster  
 URL



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

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

Kommentar/Erläuterung

Ja

Einhaltung vertraglich  
geregelt

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Spezialangebote für alkoholabhängige Patienten, Patienten mit Abhängigkeiten von illegalen Drogen sowie Cannabismissbrauch/-abhängigkeit
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Spezialstation für depressive Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Psychotherapie-Spezialstation
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Psychotherapie-Spezialstation
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Spezialstation für Patienten mit Intelligenzstörungen und anderen psychischen Störungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Behandlung sämtlicher psychiatrischer Störungen des höheren Lebensalters sowie Spezialangebote für Demenzerkrankungen (Memory-Clinic)

**B - [1] 4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	in ausreichender Menge verfügbar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	u.a. Farbleitsystem zur Orientierung, Beschilderung auf Augen(Sicht-)höhe
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Übergrößebetten bis 2,20m sowie Schwerlastbetten bis 240kg werden vorgehalten, teilw. elektrisch verstellbar
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Körperwaagen bis 300kg vorhanden, übergroße Manschetten vorhanden
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	Patientenlifter bis 240kg vorhanden, entsprechende Dusch- und Toilettenstühle bzw. sonstige Sitzmöbel vorhanden
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Können bei Bedarf individuell beschafft werden.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF24	Diätetische Angebote	Zwei Diätassistentinnen vorhanden, Köche in diätetischer Ernährung geschult
BF25	Dolmetscherdienst	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

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

Vollstationäre Fallzahl	4156
Teilstationäre Fallzahl	606

## B - [1] 6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	664	Rezidivierende depressive Störung
F11	613	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F10	571	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F20	512	Schizophrenie
F32	472	Depressive Episode
F19	241	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F60	212	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F25	142	Schizoaffektive Störungen
F05	130	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F70	102	Leichte Intelligenzminderung
F43	99	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F31	89	Bipolare affektive Störung
F23	40	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F71	37	Mittelgradige Intelligenzminderung
F13	26	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F06	25	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
G30	24	Alzheimer-Krankheit
F50	23	Essstörungen
F41	17	Andere Angststörungen
F61	16	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F15	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F42	12	Zwangsstörung
F07	11	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F14	7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F22	7	Anhaltende wahnhafte Störungen
F72	7	Schwere Intelligenzminderung
F12	6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F30	5	Manische Episode
F45	5	Somatoforme Störungen
F40	4	Phobische Störungen
F03	\< 4	Nicht näher bezeichnete Demenz
F92	\< 4	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F29	\< 4	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F48	\< 4	Andere neurotische Störungen
F63	\< 4	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F90	\< 4	Hyperkinetische Störungen
F01	\< 4	Vaskuläre Demenz
F09	\< 4	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
F24	\< 4	Induzierte wahnhafte Störung
F38	\< 4	Andere affektive Störungen
F44	\< 4	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F53	\< 4	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F74	\< 4	Dissoziierte Intelligenz
F79	\< 4	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
F84	\< 4	Tief greifende Entwicklungsstörungen
G20	\< 4	Primäres Parkinson-Syndrom
G31	\< 4	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert

## 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	Institutsambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfusionsmedizin (VI42)</li> <li>• Geriatrische Tagesklinik (VI44)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)</li> <li>• Psychiatrische Tagesklinik (VP15)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)</li> <li>• Spezialsprechstunde (VP12)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)</li> <li>• Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)</li> </ul>	Spezielle ambulante Versorgungsangebote für allgemeinspsychiatrische Erkrankungen, Suchtkrankheiten (auch Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit), gerontopsychiatrische Erkrankungen (auch Memory-Clinic) und Intelligenzminderungen.

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden  Ja

stationäre BG-Zulassung  Ja

## B - [1] 11 Personelle Ausstattung

### B.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Vollkräfte	51,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	51,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	8,2
Stationäre Versorgung	43,39
Fälle je VK/Person	95,78243

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	28,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,07
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	8,2
Stationäre Versorgung	19,87
Fälle je VK/Person	209,15953
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	

### B.11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl Vollkräfte	176,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	176,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	176,19
Fälle je VK/Person	23,58817

**Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte	19,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	19,83
Fälle je VK/Person	209,58144

**Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen**

Anzahl Vollkräfte	3,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,19
Fälle je VK/Person	1302,82131

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte	7,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,29
Fälle je VK/Person	570,09602

**Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000



**Medizinische Fachangestellte**

Anzahl Vollkräfte	9,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	7,13
Stationäre Versorgung	2,43
Fälle je VK/Person	1710,28806
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**B.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**
**Diplom Psychologen**

Anzahl Vollkräfte	5,41
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,41
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,31
Stationäre Versorgung	3,1
Fälle je VK/Person	1340,64516

**Psychologische Psychotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	13,21
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,21
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,91
Stationäre Versorgung	11,3
Fälle je VK/Person	367,78761

**Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit**

Anzahl Vollkräfte	5,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,19
Stationäre Versorgung	5,27
Fälle je VK/Person	788,61480

**Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	18,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,96
Stationäre Versorgung	18,0
Fälle je VK/Person	230,88888

**Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	4,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,97
Fälle je VK/Person	836,21730

**Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte	23,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,91
Stationäre Versorgung	20,66
Fälle je VK/Person	201,16166

## B - [2] 1 Internistisch-psychiatrische Abteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Internistisch-psychiatrische Abteilung
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Rolf Althoff
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0251 / 91555 - 2900
Fax	
E-Mail	r.althoff@lwl.org
Strasse / Hausnummer	Friedr.-Wilh.-Weber-Str. 30
PLZ / Ort	48147 Münster
URL	

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

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

 Ja

Kommentar/Erläuterung

Einhaltung vertraglich geregelt

### B - [2] 3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	insbesondere Diagnostik und Therapie bei Suchtkrankheiten und ihren Komplikationen wie schwersten Intoxikationen
VI42	Transfusionsmedizin	

### B - [2] 4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	in ausreichender Anzahl vorhanden
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Übergrößebetten bis 2,20m Größe sowie Schwerlastbetten bis 240kg vorhanden, teilw. elektrisch verstellbar
BF21	Hilfsggeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	Patientenlifter bis 240kg vorhanden, entsprechende Dusch- / Toilettenstühle bzw. Sitzmöbel vorhanden
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Können nach individuellem Bedarf beschafft werden
BF24	Diätetische Angebote	Zwei Diätassistentinnen, Köche in diätetischer Ernährung geschult
BF25	Dolmetscherdienst	
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

### B - [2] 5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	696
Teilstationäre Fallzahl	0

### B - [2] 6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F10	213	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F19	164	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F05	55	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F32	55	Depressive Episode
K70	30	Alkoholische Leberkrankheit
J18	29	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
F20	23	Schizophrenie
J44	15	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
F33	9	Rezidivierende depressive Störung
K85	9	Akute Pankreatitis
F25	8	Schizoaffektive Störungen
I49	8	Sonstige kardiale Arrhythmien
N17	8	Akutes Nierenversagen
E87	7	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
I50	7	Herzinsuffizienz
E11	6	Diabetes mellitus, Typ 2
J69	4	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
A41	< 4	Sonstige Sepsis
F23	< 4	Akute vorübergehende psychotische Störungen
E43	< 4	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
F22	< 4	Anhaltende wahnhafte Störungen
F43	< 4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
I42	< 4	Kardiomyopathie
M62	< 4	Sonstige Muskelkrankheiten
S06	< 4	Intrakranielle Verletzung
T42	< 4	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
T43	< 4	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
A04	< 4	Sonstige bakterielle Darminfektionen
D50	< 4	Eisenmangelanämie
D69	< 4	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
E14	< 4	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
E42	< 4	Kwashiorkor-Marasmus
E63	< 4	Sonstige alimentäre Mangelzustände
F11	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F13	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F24	< 4	Induzierte wahnhafte Störung
F31	< 4	Bipolare affektive Störung
G93	< 4	Sonstige Krankheiten des Gehirns
I10	< 4	Essentielle (primäre) Hypertonie
I11	< 4	Hypertensive Herzkrankheit
I21	< 4	Akuter Myokardinfarkt
I31	< 4	Sonstige Krankheiten des Perikards
I47	< 4	Paroxysmale Tachykardie
J15	< 4	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J96	\< 4	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
K65	\< 4	Peritonitis
N12	\< 4	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
T50	\< 4	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T54	\< 4	Toxische Wirkung von ätzenden Substanzen
T58	\< 4	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid
T88	\< 4	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert

### B - [2] 7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

### B - [2] 8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

### B - [2] 9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B - [2] 10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Ja

stationäre BG-Zulassung

Ja

## B - [2] 11 Personelle Ausstattung

### B.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Vollkräfte	3,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,56
Fälle je VK/Person	195,50561

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,56
Fälle je VK/Person	271,87500
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF30	Palliativmedizin	

### B.11.2 Pflegepersonal

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

Anzahl Vollkräfte	12,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,12
Fälle je VK/Person	57,42574

#### Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,23
Fälle je VK/Person	3026,08695



**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,25
Fälle je VK/Person	2784,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

**B.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für  
Psychiatrie und Psychosomatik**
**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	0,00000

**Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit**

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	69600,00000

**Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

**Sozialpädagogen**

Anzahl Vollkräfte	0,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,13
Fälle je VK/Person	5353,84615

## Teil C - Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an 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 in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	37	73,0	
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe			

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 0 / 3,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 1,03
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Bundesergebnis	95,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,01 / 95,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 9 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 / 96,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 27 / 27,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,54 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 / 97,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	18 / 18 / 18,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,41 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,6
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,47 / 95,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	7 / 7 / 7,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 27 / 27,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,54 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 / 98,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 9 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: <a href="https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 / 93,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	15 / 15 / 15,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4721 / 0 / 4721,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4721 / 0 / 4,28
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

## **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**

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt

**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)	37
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	26
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	26

(\* 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)))